

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



Relación que existe entre el apego inseguro y el Trastorno de Ansiedad Generalizada en una mujer de 60 años que acude a apoyo psicológico
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Claudia Lizeth Barrientos Lima

Guatemala, agosto 2015

Relación que existe entre el apego inseguro y el Trastorno de Ansiedad Generalizada en una mujer de 60 años que acude a apoyo psicológico
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Claudia Lizeth Barrientos Lima

Licda. Myrna Paola Gaitán (Asesora)

MsC. Mario Alfredo Salazar (Revisor)

Guatemala, agosto 2015

Autoridades Universidad Panamericana

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

Autoridades Facultad Ciencias Psicológicas

Decana	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Coordinadora Campus Naranjo	Licda. Karen Dubon
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría
PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO:

Claudia Lizeth Barrientos Lima

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: Guatemala noviembre dos mil catorce

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 Clínica y Consejería Social se resuelve:

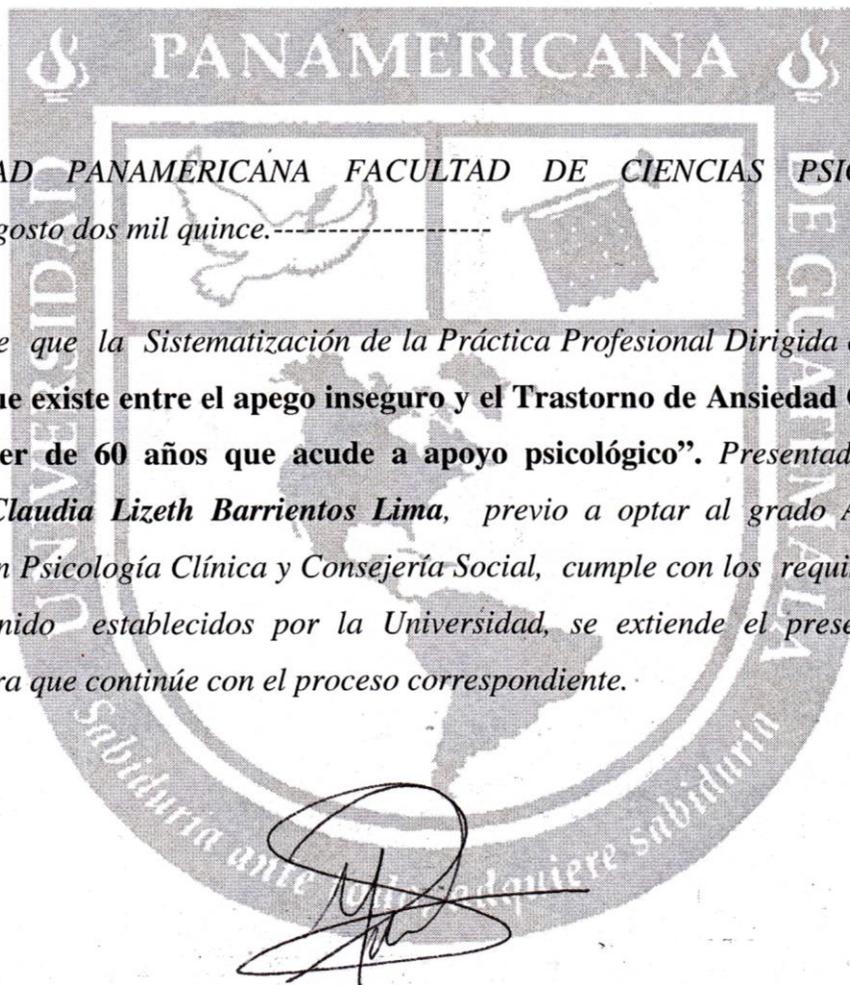
1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso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


M.A. Elizabeth Herrera

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas





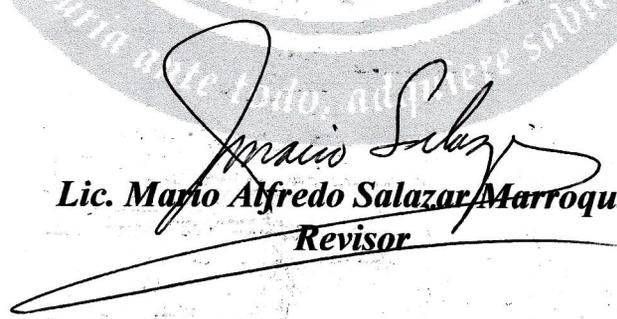
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala agosto dos mil quince.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Relación que existe entre el apego inseguro y el Trastorno de Ansiedad Generalizada en una mujer de 60 años que acude a apoyo psicológico”**. Presentada por el (la) estudiante: **Claudia Lizeth Barrientos Lima**, 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 Laínez de Aguilar
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala dieciocho de junio del dos mil quince.

En virtud de la finalización de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Relación que existe entre el apego inseguro y el Trastorno de Ansiedad Generalizada en una mujer de 60 años que acude a apoyo psicológico”**. Presentado por el estudiante: **Claudia Lizeth Barrientos Lima**, 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.


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala agosto dos mil quince.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **“Relación que existe entre el apego inseguro y el Trastorno de Ansiedad Generalizada en una mujer de 60 años que acude a apoyo psicológico”** Presentada por el (la) estudiante: **Claudia Lizeth Barrientos Lima**, previo a optar grado académico de Licenciada 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
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	
1.1 Descripción	1
1.2 Ubicación	1
1.3 Visión	2
1.4 Misión	2
1.5 Justificación de la Investigación	2
Capítulo 2	
Marco Teórico	
2.1 Desarrollo del apego	4
2.1.1 Apego seguro	4
2.1.2 Apego evitativo	5
2.1.3 Apego ansioso	5
2.2 Ansiedad	5
2.2.1 Tipos de ansiedad	6
2.2.2 Ansiedad Generalizada	7
Capítulo 3	
Marco Metodológico	
3.1 Planteamiento del problema	10
3.2 Pregunta de investigación	10
3.3 Objetivos	11
3.3.1 Objetivo General	11
3.3.2 Objetivos Específicos	11
3.4. Sujeto	11
3.5 Instrumentos Psicodiagnósticos	11
3.6 Investigación Cualitativa Estudio de Caso	14

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1	Análisis de Resultados	17
4.2	Resultados	18
4.3	Sujeto de estudio	22
4.4	Discusión del caso	29
	Conclusiones	30
	Recomendaciones	31
	Referencias	32

Resumen

En el presente trabajo de investigación, se exhibe el estudio de caso en el que se pretende describir la relación existente entre el apego inseguro de tipo ansioso y el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada, en una mujer que acudió a apoyo psicológico en la Clínica Médica Kadosh, durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social.

Para esta realización se tomó el caso de la señora L. C., de 60 años de edad, a quien se le inició un proceso terapéutico comenzando desde la entrevista clínica, la historia personal, la historia familiar, el examen del estado mental y se continuó hasta la realización de pruebas psicológicas, entre las cuales se pueden mencionar: pruebas proyectivas, el Test de la Persona Bajo la Lluvia, de Silvia Mabel Querol y el test del Familia, de Louis Corman y entre las pruebas psicométricas, el Test de Valoración Personal y el test de Ansiedad de Hamilton (HARS).

La paciente presentaba las características de un apego inseguro de tipo ansioso y el desarrollo de rasgos de ansiedad que cumplían con varios de los criterios del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Introducción

En la presente investigación cualitativa de estudio de caso, se pretende describir la relación que existe entre el apego inseguro de tipo ansioso y el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada, en una mujer de 60 años que se presentó buscando apoyo psicológico a la Clínica Médica Kadosh, durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida de la carrera de Psicología Clínica en el 2014.

Para esto se identifican primeramente los rasgos y el cumplimiento de algunos criterios del trastorno de ansiedad generalizada y luego se indaga sobre el tipo de apego que presentaba. Según John Bowlby (1993), el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo).

Cuando ese niño desarrolla un apego inseguro y de tipo ansioso no tiene la seguridad emocional de ser aceptado y protegido incondicionalmente y es allí entonces donde inicia a crear ansiosamente mecanismos que le permitan de alguna manera condicionar esa protección y seguridad tan necesarias para él.

Ya que se vive en un país en donde el nivel de seguridad es muy bajo, se ve cada vez más personas desarrollando rasgos de ansiedad, es por eso que se consideró importante, intentar describir la relación de esta con el apego inseguro, ya que hoy en día son cada vez más los niños que lo desarrollan, por el estilo de vida laboral de padres y cuidadores. A continuación se encontrará la descripción de la investigación realizada.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción

La sistematización de la Práctica Dirigida se realizó en las clínicas Kadosh, la cual está formada por diferentes profesionales de la salud, estas tuvieron sus inicios en el 2006, con los servicios de atención odontológica y pediátrica. Luego de esto y transcurrido un año se traslada a la oficina “A” donde se integra el servicio de atención psicológica y terapia del lenguaje y en el 2013 la atención a la mujer con el servicio Ginecológico y Obstétrico. La clínica actualmente cuenta con una sala de espera, recepción, un servicio sanitario, área de comedor, tres clínicas odontológicas, una clínica pediatra, una clínica de ginecológica y obstetricia y una clínica psicológica y de terapia del lenguaje.

Su horario de atención al cliente es de lunes a sábado en horarios de 9:00 de la mañana a 7:30 de la noche. Brindando atención de manera integral a toda persona que requiere de sus servicios.

Lo cual permitió que se atendiera en la realización de la práctica una población de diversas edades, entre los 9 a 60 años aproximadamente. Entre ellas, niños, jóvenes, adultos, adulto mayor y parejas. En su mayoría fueron mujeres con problemas de dependencia emocional y problemas matrimoniales o de pareja, matrimonios con problemas de resolución de conflictos y control de la ira, duelo, ansiedad y abuso, entre otros. La población en su mayoría sustenta un nivel socioeconómico medio-bajo, residentes de las zonas 18, 7 y Mixco.

1.2 Ubicación

La práctica fue realizada en Clínicas Kadosh ubicadas en el edificio Tikal Futura, Calzada Roosevelt y 23 calle zona 11 de la Ciudad de Guatemala, oficina B.

Es un complejo de edificios de uso mixto, localizado en la zona 11 de la Ciudad de Guatemala. El centro comercial cuenta con un hotel localizado en el tercer nivel, cines, espacio de oficinas, parqueos y otros usos. Fue construido entre 1992 y 1996.

Se le considera un ícono de la ciudad debido a que es el edificio con mayor área construida en el país, además de que se ubica sobre la Calzada Roosevelt. Su diseño arquitectónico contiene elementos de la cultura maya, tales como el uso del jade, formaciones piramidales y motivos animales.

Tiene una ubicación privilegiada ya que desde la calzada San Juan o el periférico es bastante accesible lo que permite la atención de población tanto de la ciudad como del municipio de Mixco.

1.3 Visión

La visión es, ser la clínica de atención integral en salud a la población Guatemala con el mejor servicio de atención amigable, con trato humanizado y culturizado.

1.4 Misión

La misión es brindar atención integral para la población guatemalteca, a través de servicios de calidad, que abarquen todos los aspectos relacionados con el bienestar general psicológico, ginecológico, odontológico y pediátrico.

1.5 Justificación de la Investigación

Para lograr un buen desempeño en cualquier carrera que se elija es importante realizar prácticas que permitan de forma paulatina, poner a trabajar los conocimientos que son adquiridos dentro de los salones de clase. Como parte de ayuda para el mejor desempeño de la carrera de Psicología

Clínica y Consejería Social, se encuentra el curso de Practicas IV, el cual exige la realización de este trabajo de investigación, para la adquisición de experiencia y desarrollo de las capacidades necesarias en un psicólogo para la atención y tratamiento con los clientes o pacientes.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Desarrollo del apego

Larsen y Buss (2005), toman la conclusión de Harlow (1958) sobre que el “apego entre el bebé y el cuidador primario requería contacto físico con una madre afectuosa y sensible y que es de importancia vital para el desarrollo psicológico del bebé” (p.324). La cual surgió por la investigación realizada por este con monos a los cuales se les separó de su mamá y se les crió con madres falsas, las cuales no proporcionaban el acicalamiento, acurrucamiento, asimiento o contacto social de las madres reales. Estos monos desarrollaron problemas en la adolescencia y la adultez, volviéndose adultos que eran inseguros desde el punto de vista social, que en general eran ansiosos y que no desarrollaban relaciones sexuales normales cuando eran adultos.

Según Bowlby (1988), quien se enfocó en la relación de apego con la madre destacó como esa relación satisface las necesidades de protección, nutrición y apoyo, también Ainsworth (1972), después de realizar muchos estudios (entre ellos el procedimiento de situación extraña), encontró en esencia los mismos tres patrones de comportamiento señalados por Bowlby. Estos comportamientos son los tipos de apego que se pueden desarrollar, los cuales son citados a continuación.

2.1.1 Apego seguro

En este tipo de apego el niño (o bebé con quien se realizó el experimento) soportó con estoicismo la separación provocada por la situación extraña y continuo explorando el cuarto, esperando con paciencia o incluso acercándose al extraño y en ocasiones deseando ser sostenido por el extraño. Cuando las madres regresaron, estos bebés estaban contentos de verlas, de manera típica interactuaban con ellas por un rato, luego volvían a explorar el ambiente nuevo. Parecían seguros de que las madres regresarían, de ahí el término seguro.

2.1.2 Apego evitativo

En este tipo los bebés evitaban a las madres cuando regresaban. Los bebés de este grupo por lo general parecían imperturbables cuando las madres se iban y de manera típica no les prestaban mucha atención cuando regresaban, como si estuvieran distantes de ellas.

2.1.3 Apego ansioso

Aquí los bebés estaban muy ansiosos cuando se iban las madres. Muchos comenzaron a llorar y a protestar con vigor antes de que estas salieran siquiera del cuarto. Cuando las madres se habían ido, era difícil que se calmaran los bebés. Sin embargo, al regreso de las madres, los bebés se comportaban en forma ambivalente. Su comportamiento mostraba tanto enojo como deseo de estar cerca de las madres; se acercaban a ellas pero luego se resistían retorciéndose y luchando para que no los sostuvieran.

2.2 Ansiedad

Según Sarason y Sarason (2003), “El término ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos. Todos estos síntomas físicos se presentan tanto en el miedo como en la ansiedad.

La diferencia entre miedo y ansiedad es que las personas que tienen miedo pueden decir fácilmente a que le temen. Por otro lado, las personas que se sienten ansiosas o están conscientes de las razones de sus temores. De manera que, aunque el miedo y la ansiedad tienen reacciones similares, la causa de la preocupación es evidente en el primer caso pero no es muy clara en el segundo” (p.238).

La ansiedad tiene varias causas y hay que mencionar que todas las personas la experimentan en algún momento de su vida. Es normal que esto ocurra cuando las personas enfrentan situaciones estresantes y amenazadoras, pero no es normal sentir ansiedad intensa y crónica cuando no existe una causa obvia, ya que en ese momento se puede convertir en un trastorno de ansiedad.

2.2.1 Tipos de ansiedad

En el DSM-IV (1995), se encuentra la siguiente clasificación de Trastornos de Ansiedad:

- Crisis de angustia (panic attac)
- La agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Trastorno con angustia sin agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- La fobia específica
- El trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- El estrés por estrés agudo
- El trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debida a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y
- Trastorno de ansiedad no especificado

2.2.2 Ansiedad generalizada

2.2.2.1 Origen

Para este caso en particular se analizará el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el cual consiste en miedos prolongados, vagos e inexplicables (pero intensos) que no parecen relacionarse con algún objeto en particular. Se parecen a los miedos naturales, pero no existe un peligro real y en la mayoría de los casos ni siquiera se imagina que el peligro este presente. Los individuos que sufren de un trastorno de ansiedad no solo se preocupan por cosas sin importancia que han ocurrido, sino que también se sienten tensos y preocupados cuando ni siquiera existe una mínima alarma.

2.2.2.2 Curso

Muchos individuos con el trastorno de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el Trastorno de Ansiedad Generalizada empezó en la segunda infancia o en la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos, coincidiendo con periodos de estrés.

2.2.2.3 Criterios

Según el DSM-IV (1995), los criterios que definen este Trastorno de Ansiedad Generalizada son:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de 6 meses.

- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales ha persistido más de 6 meses). Nota: en los niños solo se requiere uno de estos síntomas:
- Inquietud o impaciencia
 - Fatigabilidad fácil
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - Irritabilidad
 - Tensión muscular
 - Alteraciones del sueño (dificultades para mantener o conciliar el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el obsesivo – compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización), o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. eje, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en transcurso de un trastorno del estado de {animo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2.2.2.4 Síntomas

Según menciona Sarason y Sarason (2003), en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (el cual de aquí en adelante se mencionará como TAG) los síntomas generalmente incluyen preocupación, hipervigilancia, tensión motora y actividad excesiva del sistema nervioso autónomo. Estos síntomas que se describen a continuación, pueden experimentarse en forma individual o combinados:

- Preocupación o sentimientos aprensivos sobre el futuro: Las personas con el TAG se preocupan por lo que les depara el futuro, por las personas que están cerca de ellas o por sus bienes valiosos.
- Hipervigilancia: Quienes padecen Ansiedad Generalizada adoptan una actitud de centinela en su vía diaria. De manera constante buscan peligros en su entorno (no necesariamente de naturaleza física), aunque muchas veces no pueden especificar los riesgos que pueden existir. Esta vigilancia excesiva se relaciona con su estado hiperactivado. Como siempre están alertas a amenazas potenciales, se distraen fácilmente de las tareas en las que trabajan. Su hipervigilancia también contribuye a la dificultad para conciliar el sueño.
- Tensión motora: Los individuos con este síntoma son incapaces de relajarse, están agitados y visiblemente tensos y temblorosos. Las expresiones faciales de tensión son comunes, como lo son el entrecejo fruncido y los suspiros profundos. Dichos individuos se sobresaltan con facilidad.
- Reactividad autonómica: Es individuos con estos síntomas, los sistemas nerviosos simpático y parasimpático parecen trabajar tiempo extra, Existen combinaciones de sudoración, mareos, ritmo cardíaco acelerado, excesos de calor o frío, manos frías y húmedas, molestias estomacales, aturdimiento, evacuación o micción frecuentes, sensación de tener un nudo en la garganta y pulso y respiración acelerados.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Al nacer todo ser humano desarrollara apego, que según Morris y Maisto (2001), es esa vinculación afectiva que se establece entre el niño y sus padres, y que hace que el niño se abraza a sus cuidadores en busca de seguridad y bienestar. El cual va a proporcionar a ese pequeño ser el cuidado físico, emocional, intelectual y espiritual que necesita.

El apego puede ser de forma segura o insegura, este último tiene varios tipos siendo uno de ellos el ansioso, que se da cuando los padres (o cuidadores) atienden las necesidades del niño con demostraciones de afecto ansioso, y otras veces no están disponibles creando así confusión, incertidumbre y ansiedad. Esto genera altos niveles de emociones negativas como malhumor, susceptibilidad, ansiedad e inquietud en el niño.

No es un rasgo de la niñez que se supera con la edad adulta. Más bien, es una necesidad intrínseca que se desarrolla y fortalece a lo largo del desarrollo humano e impacta de forma positiva o negativa la salud mental en la adultez, por lo que se pueden desarrollar o manifestar ciertos comportamientos, entre ellos la Ansiedad Generalizada, la cual según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV (1995) “tiene como característica esencial la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observa durante un periodo superior a los 6 meses y se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones” (p. 444).

3.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación que existe entre el apego inseguro del tipo ansioso y el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada en una mujer de 60 años que acude a apoyo psicológico?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre el apego inseguro de tipo ansioso y el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada en una mujer de 60 años que acude a apoyo psicológico.

3.3.2 Objetivos específicos

- Establecer los diferentes tipos de apego y las características específicas del tipo inseguro-ansioso.
- Estipular los criterios, conceptos y características del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

3.4 Sujeto

Para fines de esta investigación se abordará el caso de L.C., mujer de 60 años de edad, nacida en la Ciudad Capital de Guatemala, casada pero separada desde hace 8 años, ama de casa, con 4 hijos, dos hombres y dos mujeres entre los 25 a 38 años de edad.

3.5 Instrumentos psicodiagnósticos

González Felicia (2007), hace mención a García-Montalvo (1997), quien decía que un instrumento de evaluación psicológica es “todo aquello que el evaluador puede utilizar como legítima fuente de datos acerca de un sujeto.” A los test si se les puede denominar instrumentos de evaluación psicológica. Según Cohen y Swerdlik (2001), la prueba es un dispositivo o procedimiento de medición diseñado para medir variables relacionadas con la psicología. Ej.: inteligencia, personalidad, Según Gregory (2011), una prueba es un procedimiento estandarizado para tomar una muestra de conducta y describirla con categorías o puntuaciones. Gregory utiliza

el término prueba como sinónimo de test y señala que las pruebas son sumamente variadas en sus formatos y aplicaciones, contemplando la mayor parte de éstas las siguientes características: procedimiento estandarizado, muestra de conducta, puntuaciones o categorías.

3.5.1 Pruebas psicométricas

Los test psicométricos son una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta, permiten hacer descripciones y comparaciones de unas personas con otra y también de una misma persona en diferentes momentos de su vida; este tipo de exámenes psicométricos deben saber utilizarse y sus mediciones son bastante correctas si se utilizan bien; dependiendo de la naturaleza de la cuestión a medir se elegirá un tipo de test u otro y datos obtenidos con este tipo de test pueden ser más fiables en unas personas que en otras, por tanto, hay que usarlos adecuadamente.

Las pruebas psicométricas son las encargadas de medir cualidades psíquicas del individuo, las hay de varios tipos, son una herramienta tanto para conocer su vida, estado emocional, intelectual e inclusive si existe alguna anomalía en su funcionamiento cerebral o simplemente para ubicarnos en su forma de pensar.

3.5.1.1 Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS)

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se unieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

3.5.1.2 Test de Valoración Personal

Sirven para hacer una valoración de la persona sobre la forma que tiene habitualmente de comportarse, los sentimientos que posee frente a determinadas circunstancias, sus principales actitudes, intereses, entre otros. Para que haya una persona que domina, debe haber otra que se deje dominar. Conocer qué características esenciales se tienen puede ayudar a producir las modificaciones necesarias para cambiar el lugar en el concierto cotidiano de las relaciones.

3.5.2 Pruebas proyectivas

Según Alonzo (2004), las pruebas proyectivas tiene como características que la tarea o estímulo no está estructurado, que el conocimiento psicológico de cada sujeto estará dado por el modo en que este percibe o interprete el material ambiguo o estructure la situación y también el hecho de que hay una expresión más personal e íntima, estando los resultados poco influidos por lo esperado o deseado socialmente. Así mismo, constituyen un método global y dinámico de apreciar la personalidad.

3.5.2.1 Test de Persona bajo la lluvia

Este test fue aplicado según Querol y Paz (2005), por primera vez en 1924 por H.M. Fay, el test exige la comprensión de 5 elementos: la persona (género), el elemento dinámico (el paseo), representación del ambiente (calles, árboles, entre otros), la lluvia y la vestimenta de protección. Fue aplicado en niños desde los 6 años en forma individual y colectiva.

3.5.2.2 Test de la familia

Según Aparicio (2014), el test de la familia fue creado por Porot (1952), con la finalidad de analizar la percepción que tiene el niño de su familia y del lugar que ocupa en ella. Esta prueba evalúa clínicamente como el niño desde la subjetividad percibe la relación entre los miembros de la familia y la comunicación interpersonal dentro de la misma.

3.6 Investigación cualitativa estudio de caso

Yin (2002), afirma “Un diseño empírico que investiga un fenómeno social contemporáneo dentro del contexto de realidad social, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse” (p. 23).

Para Stake (1998) y Bisquerra (2009) “Es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas” (p.311).

En 1989, Yin distingue tres tipos de objetivos diferentes en el estudio de casos:

- Exploratorio: cuyos resultados pueden ser usados como base para formular preguntas de investigación.
- Descriptivo: intenta describir lo que sucede en un caso particular.
- Explicativo: facilita la interpretación.

Los diversos métodos de investigación social tienen ventajas y desventajas según el tipo de problema abordado y sus circunstancias. En la decisión de qué método elegir deben considerarse tres condiciones: (a) el tipo de pregunta de investigación que se busca responder, (b) el control que tiene el investigador sobre los acontecimientos que estudia, y (c) la “edad del problema”, es decir, si el problema es un asunto contemporáneo o un asunto histórico. Los casos son particularmente válidos cuando se presentan preguntas del tipo "cómo" o "por qué", cuando el

investigador tiene poco control sobre los acontecimientos y cuando el tema es contemporáneo. Muchas de las preguntas de tipo "¿qué?" son exploratorias o descriptivas y se contestan realizando encuestas o consultando bases de datos; por ejemplo: qué formas de reclutamiento de nuevos empleados se utilizan en las empresas.

3.6.1 Ventajas

Latorre (1996), señala las siguientes ventajas del uso socioeducativo del estudio de casos:

- Pueden ser una manera de profundizar en un proceso de investigación a partir de unos primeros datos analizados.
- Es apropiada para investigaciones a pequeña escala, en un marco limitado de tiempo, espacio y recursos.
- Es un método abierto a retomar otras condiciones personales o instituciones diferentes.
- Es de gran utilidad para el profesorado que participa en la investigación. Favorece el trabajo cooperativo y la incorporación de distintas ópticas profesionales a través del trabajo interdisciplinar; además, contribuye al desarrollo profesional.
- Lleva a la toma de decisiones, a implicarse, a desenmascarar prejuicios o preconcepciones, entre otros.

3.6.2 El proceso de investigación de un estudio de caso

Stake (1998), señala "Por sus características, el estudio de casos es difícil de estructurar con unos pasos delimitados" (p. 311), pero la propuesta de Montero y León (2002), desarrolla este método en cinco fases:

- La selección y definición del caso.
- Elaboración de una lista de preguntas.
- Localización de las fuentes de datos.

- El análisis e interpretación.
- La elaboración del informe.

3.6.3 La selección y definición del caso

Se trata de seleccionar el caso apropiado y además definirlo. Se deben identificar los ámbitos en los que es relevante el estudio, los sujetos que pueden ser fuente de información, el problema y los objetivos de investigación.

Después de identificar el problema, como primer paso es fundamental realizar un conjunto de preguntas para guiar al investigador. Tras los primeros contactos con el caso, es conveniente realizar una pregunta global y desglosarla en preguntas más variadas, para orientar la recogida de datos.

Los datos se obtienen mirando, preguntando o examinando. En este apartado se seleccionan las estrategias para la obtención de los datos, es decir, los sujetos a examinar, las entrevistas, el estudio de documentos personales y la observación, entre otras. Todo ello desde la perspectiva del investigador y la del caso. Se sigue la lógica de los análisis cualitativos. Tras establecer una correlación entre los contenidos y los personajes, tareas, situaciones, entre otros, se realiza un análisis e interpretación, en donde cabe la posibilidad de plantearse su generalización o su exportación a otros casos.

Al final se elabora un informe en donde se cuenta de manera cronológica, con descripciones minuciosas de los eventos y situaciones más relevantes. Además se debe explicar cómo se ha conseguido toda la información (recogida de datos, elaboración de las preguntas, entre otros). Todo ello para trasladar al lector a la situación que se cuenta y provocar su reflexión sobre el caso.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Análisis de Resultados

La práctica se inició en la última semana de febrero (comprendida entre los días 24 al 28) del año 2014, asistiendo a la Clínica Kadosh 4 días a la semana utilizando 4 horas por día hasta el mes de octubre, con lo cual se cubrió un total de 500 horas de práctica, las cuales se distribuyeron entre práctica presencial, preparación de material, calificación de pruebas y talleres impartidos. Durante la cual se atendieron un total de 16 pacientes, en su mayoría pertenecientes al género femenino (12), entre los rangos de edad de 6 a 60 años.

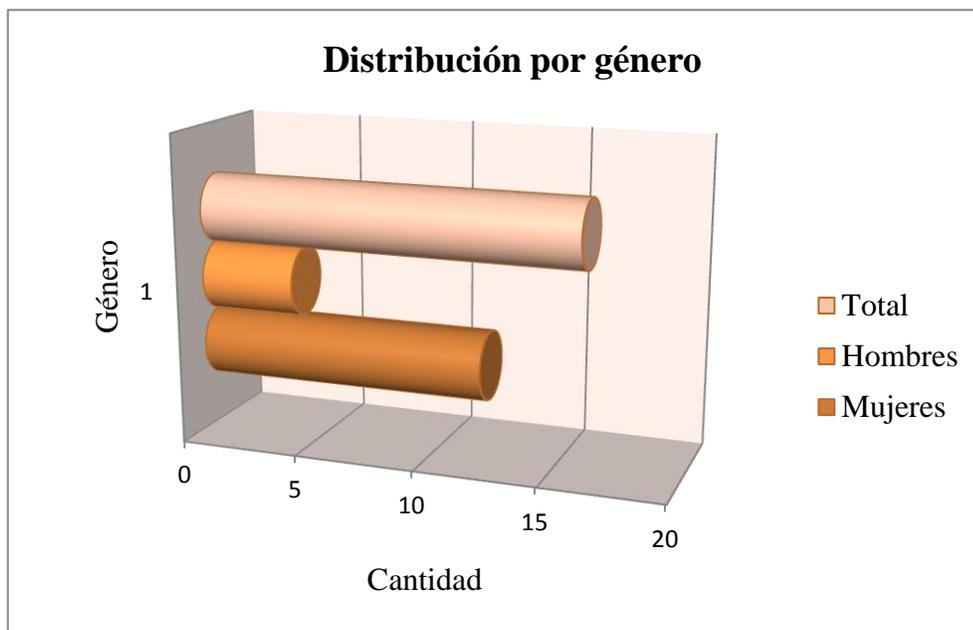
En relación a la práctica presencial, esta se desarrolló asignando una hora de atención a cada paciente, dentro de la cual se podían llevar a cabo, según fuera necesario, entrevista, aplicación de diferentes técnicas terapéuticas (entre las más utilizadas se pueden mencionar, Terapia Gestalt, Terapia Cognitivo-Conductual, logoterapia, Terapia Cognitiva, TRE, Terapia Conductual y la Psicodinámica) y aplicación de pruebas.

Las pruebas de mayor aplicación fueron dentro de las proyectivas (el test de la figura huma, test del árbol, test de la persona bajo la lluvia y de la familia) y dentro de las psicométricas el Test de Ansiedad de Hamilton y Test de Apreciación Personal. Entre los diagnósticos más frecuentes cabe mencionar el duelo, los problemas conyugales, Trastorno de ansiedad, abuso sexual del niño, problemas de relación, enuresis, entre otros.

En cuanto a los talleres, estos fueron impartidos a mujeres y parejas matrimoniales, desarrollando temas como resolución de conflictos, asertividad y autoestima. Por último, no por ello menos importante, se hace mención a la preparación de material, la cual consistió en recabar la información necesaria para la correcta aplicación de técnicas y/o test psicológicos, por medio de bibliografía tanto escrita como virtual.

4.2 Resultados

Gráfica 1

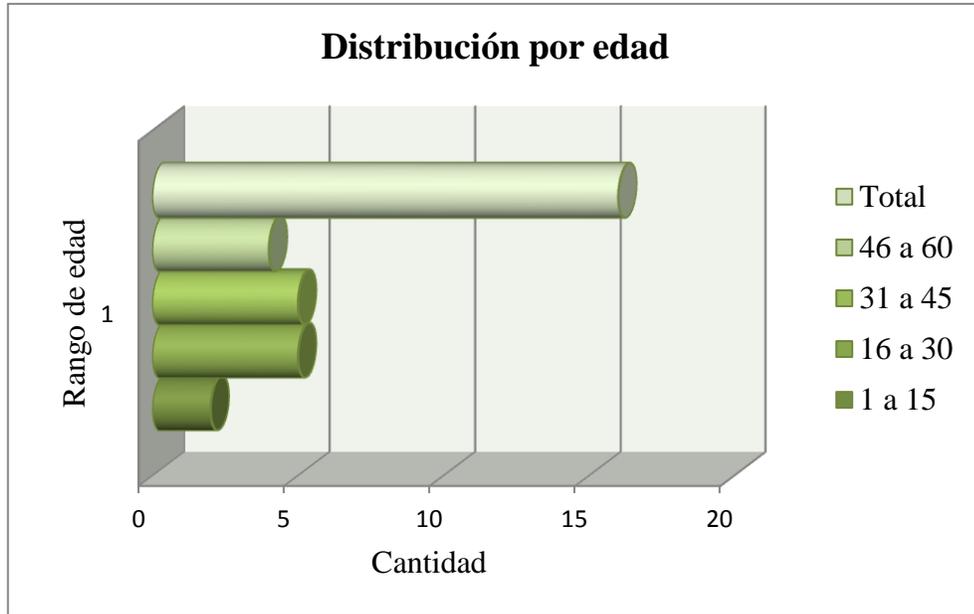


Fuente: Elaboración propia

Género	Cantidad
Mujeres	12
Hombres	4
Total	16

Podemos observar que la mayoría de pacientes atendidos fueron mujeres con un 75% y el restante 25% hombres.

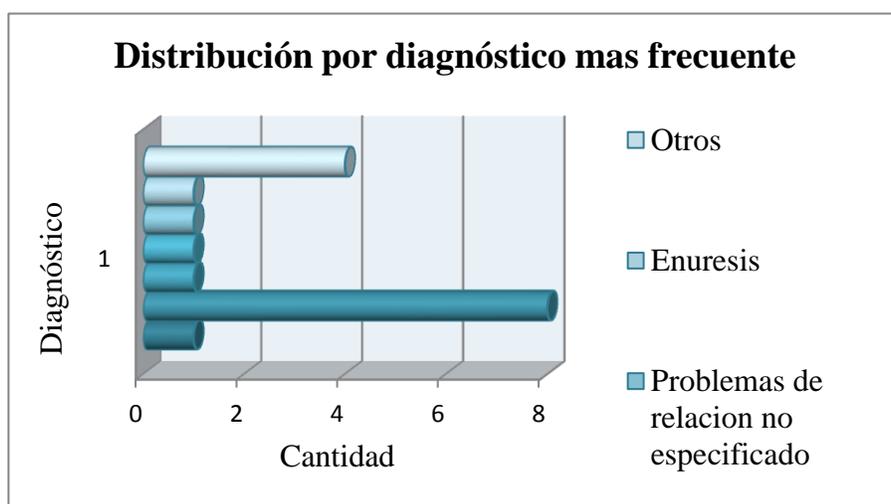
Gráfica 2



Rango de edad	Cantidad
1-15	2
16-30	5
31-45	5
46-60	4
Total	16

Observamos en la gráfica que de la población atendida el porcentaje entre personas de 31 a 45 años y de 16 a 30 fue igual a 31.25%, seguido del 25% correspondiente a personas entre los 46 a 60 años, quedando el menor porcentaje 12.5% a los dos paciente atendidos entre las edades de 1-15 años.

Gráfica 3

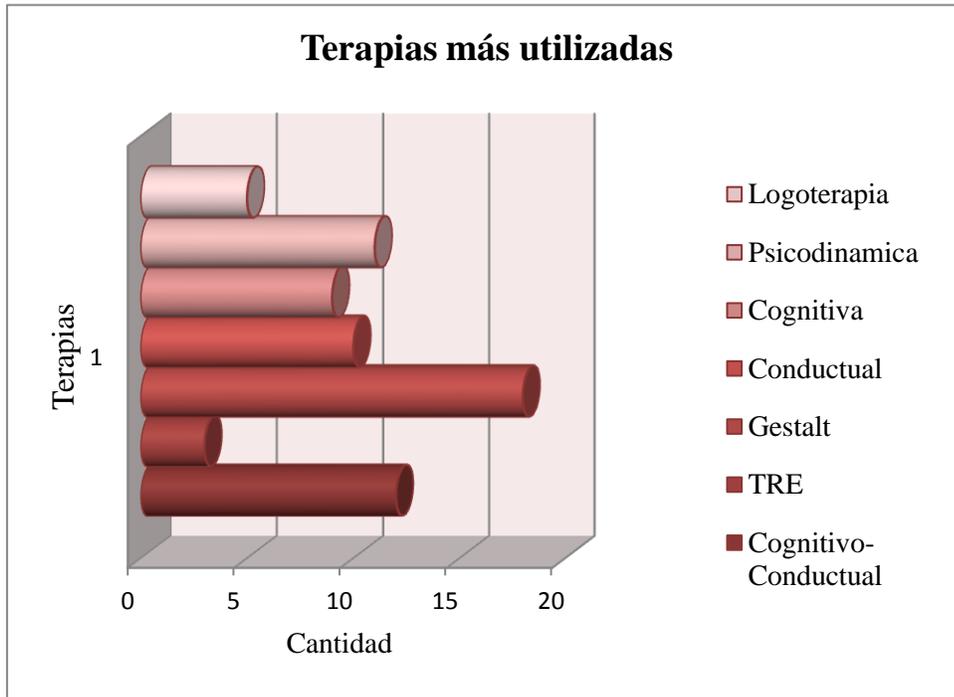


Fuente: Elaboración propia

Diagnóstico	Cantidad
Duelo	1
Problemas Conyugales	8
Abuso Sexual del niño	1
T. de Ansiedad Generalizada	1
Problemas de relación no especificado	1
Enuresis	1
Otros	4

La grafica nos muestra que el diagnostico frecuente fue el de problemas conyugales al que le corresponde un 47%, el restante 53% está distribuido entre varios trastornos pero todos con un 5.88%.

Gráfica 4



Fuente: Elaboración propia.

Terapia	Cantidad
Cognitiva -	
Conductual	12
TRE	3
Gestalt	18
Conductual	10
Cognitiva	9
Psicodinámica	11
Logoterapia	5

Podemos observar que la terapia más utilizada fue la Gestalt con un 31%, en segundo lugar las técnicas cognitivo conductuales con 20.68% y en tercer lugar las psicodinámicas con el 19%.

4.3 Sujeto de estudio

Para fines de esta investigación se abordará el caso de L.C., mujer de 60 años de edad, nacida en la Ciudad Capital de Guatemala, casada pero separada desde hace 8 años, ama de casa, con 4 hijos, dos hombres y dos mujeres entre las edades de 38 a 25 años de edad. La paciente llega a la clínica por decisión propia, buscando ayuda por su bienestar propio y recomendación de varios médicos que la han tratado en sus problemas físicos, refiere “Yo ya no quiero tener miedo, a mí me dicen la mujer del miedo, y yo ya quiero vivir en paz y libertad” (SIP).

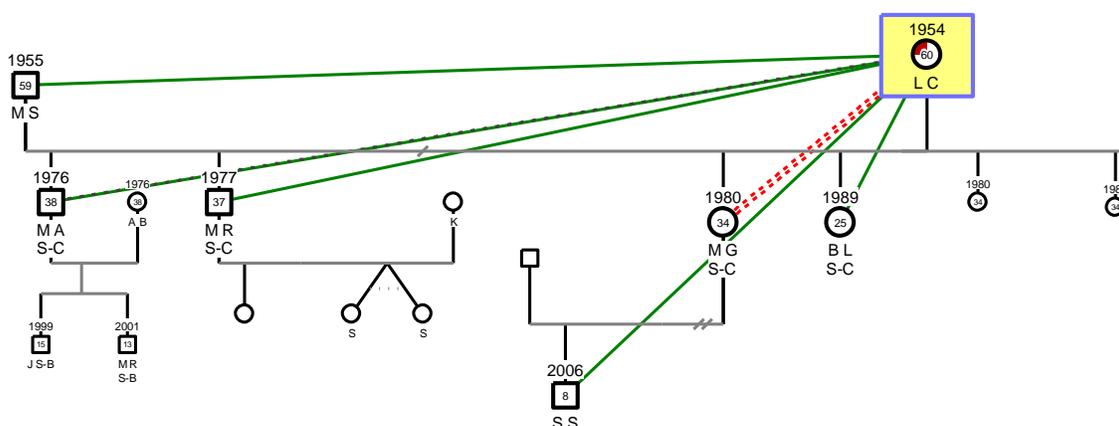
Ella relata que desde que tiene uso de razón ha tenido miedo a diferentes cosas, recuerda muy bien que obedecía con temor a su abuela materna (con quien se crio), realizaba todo lo que le mandaba a hacer, en especial en referencia a su tía, quien era dueña de la casa donde vivían y por quien se alimentaban, sentía miedo de quedarse sin el sustento diario. Recuerda también una frase que se le grabo desde que era una niña, “hay que evitar problemas”, que le creó el temor a hablar o decir cosas a otros por no crear conflictos que tuvieran consecuencias desagradables.

Relata que desde los 4 años fue apartada de su madre por parte de su abuela, quien al ver la situación económica de la madre de la paciente decidió llevársela a vivir con ella. El problema es que los abuelos no vivían en casa propia sino en casa de un hijo y la nuera de ella (o sea tía de la paciente) fue una persona conflictiva, sin expresión emocional hacia ella y que la sometía a tareas desagradables desde muy pequeña. En su salud el impacto ha sido grande ya que padece de fibromialgia e hipertensión desde hace 13 años, con la familia sigue realizando actividades que no son de su agrado y que no desea realizar, pero lo hace por temor y para evitar problemas con sus hijos o esposo (del cual vive separada desde hace 8 años y con quien convivió por 31 años).

Desde que ella tiene uso de razón, recuerda que siempre fue una niña con mucho temor, a no hacer lo correcto o a equivocarse, a ser descalificada o provocar problemas. Sobre la situación socioeconómica y cultural de la familia, el contexto familiar en el que se crio la paciente fue machista, su situación económica ha sido media (nivel medio bajo) y ha vivido sin carencias.

Sobre la relación de los miembros entre sí, cabe mencionar que ella tiene buena relación con sus hijos, inclusive con su esposo (aunque viven separados), L.C. refiere que la situación más difícil para ella, es la relación con su hija (la tercera) de 34 años con quien entra en conflictos constantes y con quien evita tener problemas por temor a perder tanto el apoyo económico, como la relación con su nieto. En cuanto a la relación de los hijos con su padre, se puede decir que aunque viven en armonía, al mismo tiempo es una relación distante. A continuación se presenta el genograma.

4.3.1 Genograma



Fuente: Elaboración propia

El nivel de conciencia que tiene la paciente es de vigilia en todo momento, pone atención y está atenta a responder, su disposición corporal y postura son un poco rígidas como tratando de dar una buena impresión, hace buen contacto visual en el momento de la sesión, Su atención durante toda la sesión es muy buena, no se distrae con facilidad.

En relación a la concentración y vigilancia se ha comprobado que la paciente está consciente del tema que se está abordando durante las sesiones. De la misma manera se ha observado que la paciente se encuentra muy bien orientada en tiempo, en espacio, persona e identidad personal. Su lenguaje ha sido adecuado al caso, edad, y contexto dentro del que se habla. Es una persona capaz de razonar en algún tema que se exponga o explique. a) Su proceso de pensamiento es coherente con su edad, tiene la capacidad de dirigirse hacia un objetivo lógico, se puede considerar tangencial ya que tiende a salir del tema que se está tratando con

imposibilidad del sujeto para volver al mismo rápidamente. Su preocupación está acorde a lo que manifestó desde el primer día. La paciente tiene una buena Introspección (insight) grado de comprensión de sus problemas médicos y psicológicos y conciencia de los factores que afectan al curso de la misma.

4.3.1 Interpretación de pruebas proyectivas

(Test de la Persona bajo la Lluvia y Test de la Familia de Corman)

El test de la persona bajo la lluvia y el de la familia, muestra una persona con características tales como, desvalorización, inseguridad, temor, dependencia, introversión, todas estas características se pueden relacionar con la paciente desde, muy niña con las experiencias y conductas aprendidas para no tener problemas y poder seguir viviendo bajo el techo de su tía. Se ven reflejados en la evaluación también, fatiga, desaliento, depresión, pereza, agotamiento, que son algunos de los síntomas que provocan su enfermedad y otros que son los que manifiesta la paciente con respecto a seguir viviendo con miedo.

También proyecta ansiedad, inseguridad, estrés, necesidad de detenerse a revisar, falta de confianza, tensión, que son todos los sentimientos y hechos que le ocurren en los momentos de ansiedad y pánico que debe enfrentar la paciente al realizar un acto que le genera miedo, como salir y caminar en las calles, tener que levantarse al baño en lugares concurridos y públicos, entre otros. En general el test muestra mucha inseguridad, dependencia, fatiga, desconfianza, los cuales relacionamos directamente con el miedo que ella manifiesta.

4.3.2 Interpretación de pruebas psicométricas

4.3.2.1 Escala de Ansiedad de Hamilton

Estos se obtuvieron en la prueba de ansiedad de Hamilton, la cual arrojó una puntuación de 25, la que se considera un altísimo nivel de ansiedad, que es lo que la paciente manifiesta tanto en forma directa como indirecta le sucede todo el tiempo, manifiesta los síntomas que padece al momento de enfrentarse a una situación para ella atemorizadora, por ejemplo, a salir sola a la esquina, a la tienda que esta fuera de su casa, al tener que caminar hasta un centro comercial o tomar un bus. (Ejemplo, nerviosismo, pensamientos pesimistas, sudoración, temblor de cuerpo, entre otros).

4.3.2.2 Test de Valoración Personal

Dentro de los cuantitativos se encuentra el resultado del test de valoración personal, en el cual se obtuvo un punteo de 18, que indica una clara tendencia a la dependencia y suele tratarse de personas ansiosas y muy sensibles, esto tiene mucha relación con lo relatado por la paciente, como el comportamiento enseñado por su abuela y aprendido por ella, “para evitar problemas” y también se ve evidenciado en toda la relación de codependencia que vivió con su esposo, a quien le permitió todo tipo de infidelidades hasta el punto de permitir que este viviera en dos hogares con dos familias diferentes, por el temor y ansiedad que le generaba crear problemas y no tener quien la sustentara económicamente como actualmente lo hace el esposo.

4.3.3 Impresión diagnóstica

Después de realizar la entrevista como la observación y de acuerdo a la historia clínica y familiar, así como los resultados de las pruebas o test realizados, se considera que L.C. es una mujer que maneja un alto estado de ansiedad. Se puede decir que L.C. es una persona que nació con un temperamento que no es para dar órdenes, ni mandar ni ser servida, sino todo lo contrario

para servir y ser sumisa y con clara tendencia a ser dependiente, suele ser una mujer ansiosa y muy sensible. Tiene rasgos de inseguridad, timidez, falta de confianza en ella misma y sus capacidades, con una fuerte tendencia a la preocupación por la opinión de otros sobre su vida o sobre su comportamiento en general o en situaciones específicas.

Es una persona que teme a hacer cosas tan simples como salir a la esquina de su casa sin antes hacer todo un plan en su mente de cómo actuará en caso de peligro. Le provoca ansiedad el solo hecho de tener que levantarse delante de una multitud o pocas personas para realizar una actividad diferente (como ir al baño), por el temor a ser juzgada, cualquier actividad que es nueva para ella o que requiere de algún conocimiento “especial” según ella, le provoca ansiedad y temor que se llega a manifestar de diferentes maneras.

Los síntomas y rasgos que la Px. Demuestra la han hecho permanecer en relaciones de dependencia, por el temor a no ser aceptada, ser criticada o descalificada, de niña por parte de su tía de quien dependía para su subsistencia, de joven adulta de su esposo por miedo a provocar problemas que le ocasionarían rechazo y falta de recursos para sostener a sus cuatro hijos y en la tercera edad sigue esa relación de dependencia con su esposo (aunque están separados) por la parte económica, sigue viviendo bajo el temor a hacer algo que no le parezca y le retire su pensión alimenticia, de su hija mayor con quien tiene una relación bastante hostil pero con quien evita los problemas por temor a no recibir el apoyo económico que le brinda y a que la alejen de su nieto.

Por todo lo anterior se considera que L. C., cumple con los criterios del Trastorno de Ansiedad Generalizada descritos en el DSM-IV (1995), entre ellos: la ansiedad y preocupación excesiva sobre varios acontecimientos y que se expande más allá de los 6 meses, según lo expresado por la Px. Sus manifestaciones de ansiedad se han incrementado en los últimos 3 años, se le dificulta controlar ese estado de ansiedad y manifiesta los siguientes síntomas:

- Fatigabilidad fácil,
- Inquietud o impaciencia,
- Tensión muscular,
- Alteración del sueño e irritabilidad, entre otros.

Confirmado por ella que desde hace 3 años esta medicada con Ribotril para poder conciliar el sueño, el cual de otra manera no puede lograr. La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que pueda derivarse de la situación o acontecimiento temido. La ansiedad y preocupación provocan en la Px., malestar significativo en las actividades cotidianas de la paciente al sumarse esto a su padecimiento de dolor por la fibromialgia. L. C. acostumbra a preocuparse por las circunstancias de la vida diaria, como lo son las responsabilidades, temas económicos, la salud de la familia, pequeños fracasos, el centro de la preocupación puede trasladarse de un objeto, a un acontecimiento o a otros.

Se puede decir que la ansiedad que L.C., manifiesta está ligada a la imposibilidad de exteriorizar sus pensamientos, sentimientos y emociones de forma adecuada por el temor y la ansiedad que le genera provocar un problema que ponga en riesgo no solo su estabilidad económica y de su forma de vida, sino también su aceptación, la descalificación o la crítica hacia su persona.

Esto la ha llevado a una codependencia generada hacia a su esposo y proveedor primario, ya que se considera que vivió bajo una relación de abuso moral y psicológico por 31 años, por el miedo y ansiedad que le generaba el no poder sobrevivir ella y sus hijos sin ayuda económica de su esposo. Esto lo muestra el test de valoración personal en el cual se observa la tendencia a la sumisión de la paciente, que aunque tiene carácter fuerte por naturaleza no lo expone por miedo e inseguridad.

4.3.4 Evaluación multiaxial

- EJE I: F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02]
- EJE II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
- EJE III: Fibromialgia e hipertensión
- EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, esto debido a la perturbación familiar que se creó por la separación de su cónyuge, problemas económicos, relacionados a que su único ingreso fijo viene de su ex esposo, y de lo que irregularmente le proveen sus hijos.
- EJE V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) = 61

4.3.5 Evolución

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

- Reconocer los diferentes tipos de pensamientos,
- Entender sus síntomas para disminuir la ansiedad que estos le provocan.
- Reconocer cuando su estado de ánimo interfiere en tener pensamientos correctos.
- Evaluar los pensamientos incorrectos a través del método ABCD.
- Logro reconocer que debe ser intencional al tratar de cambiar los pensamientos pesimistas que la llevan a la ansiedad y el temor de peligros poco probables.
- Se enseñó y practicó técnicas tanto de respiración como de relajación. A través de estas técnicas se logró la disminución de síntomas ansiosos.
- Se identificaron aquellas tareas que no le gustan y que no son su responsabilidad realizar y que las sigue haciendo en contra de su voluntad por temor a crear problemas, pero que el tener que hacerlas y mantenerlas en tiempo le genera ansiedad.
- Logro iniciar cambios en esas tareas, dejando de hacer algunas de ellas y dándose cuenta que no hubo problema ni para ella ni para nadie al dejar de hacerlas.

4.4 Discusión de caso

En base a la entrevista clínica, historia personal, historia familiar, examen del estado mental y resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, se pudo detectar que en el caso de L.C., el apego (o vínculo emocional primario) que ella tuvo fue inseguro de tipo ansioso, también se reveló la presencia de rasgos de ansiedad.

Se considera que el apego inseguro de tipo ansioso que L. C. desarrollo, fue provocado por la ausencia de afecto maternal, ya que la madre al quedarse sola con sus dos hijos inicia a laborar y no pasar tiempo con ella, pero la separación de la madre a los 4 años por parte de la abuela materna marco en ella ese apego inseguro- ansioso, si a esto le sumamos que su abuela era una persona temerosa (por ejemplo recuerda la paciente que a los 7 años, la despertaba de madrugada para que la acompañara al baño porque no quería ir sola la abuela), era también temerosa de hablar para que su nuera no fuera a molestarse y echarla de su casa y no tener donde vivir.

Este estilo de vida de silencio, de no expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, de callar y hacer las cosas en contra de su voluntad fueron acentuando los rasgos de ansiedad, los cuales se incrementaron en la relación de dependencia que sostuvo por 31 años con su esposo y que aun sostiene a pesar de estar separados ya por 8 años.

Conclusiones

Después del estudio de caso realizado con la paciente L.C., se puede concluir que si existe una relación entre el apego inseguro de tipo ansioso y el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

El hecho de que a tan temprana edad fuera apartada de su madre, sacándola de su entorno seguro después del divorcio de sus padres, comienza a crear en ella la ansiedad por comportarse de forma correcta y evitar ser echada fuera del nuevo hogar a donde la llevaron, por lo que se acostumbró a callar, a realizar tareas contra su voluntad y vivir en temor para “evitar problemas”, esto le crea la ansiedad de quedar desprotegida y desvalida nuevamente.

En relación al apego inseguro de tipo ansioso las manifestaciones de la paciente L. C. fueron, la poca seguridad emocional de niña, es decir, el ser aceptada y protegida incondicionalmente fue algo que no se dio en ella ya que debía ganarse la seguridad de tener un techo y alimento por lo que se cumplió en ella la parte de la teoría del apego de ser un estado de ansiedad o temor determinado en gran medida por la no accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo, en este caso, la madre).

En relación a los rasgos de ansiedad que manifiesta L.C., se puede mencionar el hecho de que sus preocupaciones son desproporcionadas respecto del suceso temido y aparecen en la vida cotidiana en forma persistente y difícil de controlar e interfieren en el desempeño de la persona. La preocupación es excesiva, ya sea por el monto de distrés que genera la situación que se teme o bien por el tiempo que utiliza la persona en preocuparse, lo que hace que inevitablemente tenga consecuencias negativas sobre su calidad de vida. A veces, el contenido de la preocupación carece de lógica pero, igualmente, genera ansiedad. Las preocupaciones que la afectan son entre otras, la posibilidad de tener ella o un familiar un accidente, un asalto o una enfermedad, que su comportamiento con su esposo, hijos y en reuniones de amigos no sea el adecuado, el futuro económico, siendo este último el de mayor peso.

Recomendaciones

Con el antecedente del caso presentado, es importante hacer notar en aquellos futuros pacientes en caso de separación de los padres, que estos puedan asegurar un entorno estable y seguro para el niño o adolescente para que este no tenga que experimentar ese abandono más de una vez y en alguna medida evitar el desarrollo del apego inseguro de tipo ansioso y minimizar la ansiedad que puedan experimentar por no saberse estables y seguros en un lugar o al lado de alguien.

Al identificar problemas de apego inseguro de tipo ansioso en un paciente, es importante trabajar en él técnicas psicológicas que le permitan la aceptación y superación de este vínculo materno dañado, con el fin de en alguna medida asegurar el no desarrollo de otros trastornos en este caso, como el de ansiedad generalizada.

Al identificar un trastorno de Ansiedad es importante trabajar con el apoyo de otros profesionales de la salud mental, como psiquiatras, neurólogo, que puedan colaborar con medicamentos en el trastorno desarrollado por el paciente con la finalidad de que la terapia sea mejor recibida y tenga también un mejor efecto en el manejo del problema o la recuperación de este por parte del paciente.

Referencias

Bibliográficas

Alonso, A. (2004). *Psicodiagnóstico Clínico*. Cuba: Universidad de La Habana, Facultad de Psicología.

Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós, ibérica.

Larsen, R. y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. (2da. Ed.) México: Mc Graw Hill.

López, J. y Valdés, M. (2005). *DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. (4ta. Ed. Texto revisado). México: Masson, S.A.

Morris, C. y Maisto, A. (2001). *Psicología*. (10ma. Ed.). México: Prentice Hall Inc.

Sarason, I. y Sarason, B. (2003). *Psicopatología, psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (11a. Ed.). México: Pearson Educación.

Querol, S. y Chávez, M. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia: adaptación y aplicación*. Buenos Aires: Lugar.

Internet

Barrio, I. y González, J. *Métodos de investigación educativa, el estudio de casos*. Recuperado: 27.09.2014 de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf.

Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. Barcelona: La Muralla, S.A., 311. Recuperado: 27.09.2014 de <http://books.google.com.gt>.

Instrumentos de Evaluación Psicológica. Recuperado: 16.10.2014 de <http://psicolatina.com/psicologia-y-psicoterapia/los-instrumentos-de-evaluacion-psicologica-845.html>.

Puig, R. (2013). *El estudio de casos en la investigación cualitativa*. Recuperado: 26.09.2014 de <http://es.slideshare.net/bibliotecarioinvestigando/el-estudio-de-casos-en-la-investigación-cualitativa>.

Test de pruebas psicométricas. Recuperado: 15.09.2014 de <http://www.psicotecnicostest.com/testpruebaspsicometricas.asp>.

Test de personalidad. Recuperado: 15.10.2014 de <http://www.psicoadactiva.com/tests/personalidad.htm>.

Virues R. (2007). *Estudio sobre ansiedad*. México, Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado: 16.10.2014 de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>.

Yacuzzi Enrique (2014). *El estudio de casos como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación*. Recuperado: 27.09.2014 de <http://www.ucema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>.