

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



**Estudio de caso: Ansiedad generalizada en un hombre adulto de 34 años,
asociado a relación conflictiva de pareja, atendida en el Centro de Asistencia
Social - CAS -**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Cecilia del Rosario Lezama

Guatemala, abril 2019

**Estudio de caso: Ansiedad generalizada en un hombre adulto de 34 años,
asociado a relación conflictiva de pareja, atendido en Centro de Asistencia
Social CAS**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Cecilia del Rosario Lezama

M.A. Doris Cuéllar (Asesor)

Licda. Claudia Nineth Hernández García (Revisora)

Guatemala, abril 2019

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 Cóbar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vicedecano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, enero de 2019.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Ansiedad generalizada en un hombre adulto de 34 años, asociado a relación conflictiva de pareja, atendida en el Centro de Asistencia Social - CAS -". Presentada por el (la) estudiante: Cecilia del Rosario Lezama, 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.


M.A. Doris Cuéllar
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala veintiocho de marzo del año 2019.

En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: “Estudio de caso: Ansiedad generalizada en un hombre adulto de 34 años, asociado a relación conflictiva de pareja atendido en el Centro de Asistencia Social -CAS-”. Presentada por el (la) estudiante: Cecilia del Rosario Lezama, 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. Claudia Nineth Hernández García
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de abril del 2019. -----

*En virtud de que el Informe de Sistematización con el tema: **"Estudio de caso: Ansiedad generalizada en un hombre adulto de 34 años, asociado a relación conflictiva de pareja atendido en el Centro de Asistencia Social -CAS-"**. Presentado por el (la) estudiante: **Cecilia del Rosario Lezama**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería, **para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.***


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 Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	2
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Programas establecidos	3
1.9 Justificación de la Investigación	3
Capítulo 2 Marco Teórico	5
2.1 Ansiedad generalizada	5
2.1.1 Tipos de ansiedad	6
2.1.1.1 Ansiedad por separación	6
2.1.1.2 Mutismo selectivo	6
2.1.1.3 Fobia específica	7
2.1.1.4 Trastorno de ansiedad social o fobia social	7
2.1.1.5 Trastorno de pánico	8
2.1.1.6 Agorafobia	8
2.1.1.7 Trastorno de ansiedad generalizada	8
2.1.1.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos	9
2.1.1.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección medica	9
2.2 Relación conflictiva de pareja	9
2.2.1 El conflicto por diferentes perspectivas	10

2.2.2 Comunicación en pareja	11
2.3 Ideas irracionales relacionadas con la idealización de la pareja	12
2.3.1 Idealización de la pareja	13
2.4 Habilidades sociales	14
2.4.1 Modelos explicativos de la dificultad en el área social	15
2.4.2 Tipos de habilidades sociales	17
Capítulo 3 Marco Metodológico	18
3.1 Planteamiento del problema	18
3.2 Pregunta de investigación	19
3.3 Objetivo General	19
3.4 Objetivos Específicos	19
3.5 Alcances y límites	20
3.6 Metodología	21
Capítulo 4 Presentación de Resultados	23
4.1 Sistematización de Estudio de Caso	23
4.1.1 Datos generales	23
4.1.2. Motivo de consulta	23
4.1.3 Historia del problema actual	23
4.1.4 Estresores o factores precipitantes	24
4.1.5 Historia clínica	25
4.1.6 Historia familiar	27
4.1.7 Examen del estado mental	28
4.1.8 Resultado de pruebas	29
4.1.9 Impresión diagnóstica	33
4.1.10 Diagnóstico según DSM 5	34
4.1.11 Recomendaciones	35
4.1.12 Plan terapéutico	35
4.2 Análisis de Resultados	37

Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Referencias	42
Anexos	43

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1 Aplicación de pruebas	29
Cuadro No. 2 Resultados cuantitativos de Whodas 2.0	30
Cuadro No. 3 Resultados cuantitativos de Escala de habilidades sociales	31
Cuadro No. 4 Resultados cualitativos de Escala de habilidades sociales	31
Cuadro No. 5 Resultados cuantitativos de Inventario de ansiedad de Beck	32
Cuadro No. 6 Resultados cuantitativos de Cuestionario de análisis clínico CAQ	32
Cuadro No. 7 Presentación de plan terapéutico	36

Lista de imágenes

Imagen No. 1 Genograma	27
------------------------	----

Resumen

La sistematización realizada consistió en el estudio de un caso atendido a través de la ejecución de la Práctica Profesional Dirigida, siendo parte del pensum correspondiente a la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana. Llevado a cabo por la alumna Cecilia del Rosario Lezama en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, ubicado en 7ma avenida 3 – 17 zona 9, Edificio Buonafina, tercer nivel, ciudad de Guatemala; con una duración aproximada de once meses, desde enero a noviembre del año 2018.

La investigación se despliega en cuatro capítulos, con los correspondientes anexos. El capítulo uno, Marco de Referencia, incluye la información a detalle del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, mencionando los antecedentes, descripción física del lugar, ubicación, organización y organigrama. Además de describir la visión y misión que acompañan los programas establecidos, así como la justificación del presente documento.

En el capítulo dos, Marco Teórico, se condensa la información que sustenta la investigación del estudio de caso relacionado con el trastorno de ansiedad generalizada en un hombre adulto de treinta y cuatro años vinculado con relación conflictiva de pareja; atendido en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana; incluyendo la descripción del trastorno de ansiedad generalizada y los tipos, descritos por el DSM 5 (2014), mencionando a diversos autores que hacen referencia al tema relación conflictiva de pareja, las ideas irracionales relacionadas con la idealización de la pareja y la descripción de las habilidades sociales.

El capítulo tres, Marco Metodológico, desarrolla el planteamiento del problema y los objetivos del estudio, así como los alcances y límites obtenidos a través del estudio, así como los alcances y límites obtenidos a través de este. El capítulo cuatro, Presentación de resultados, proporciona la sistematización del caso con los datos relevantes del usuario atendido, como lo son los datos generales, motivo de consulta, historia del problema actual, entre otros; finalizando con el análisis de los resultados obtenidos a lo largo del proceso.

Introducción

La relación conflictiva de pareja puede iniciar con la idealización del conyugue, siendo una idea irracional pues de no cumplirse la expectativa la persona tendrá sentimientos de frustración. Los conflictos inician y perduran durante más tiempo cuando la comunicación en la pareja es deficiente, pues no se transmite ni comprende el mensaje como debería, dando lugar a malentendidos; dichas situaciones derivan en consecuencias negativas, como la alteración de la conducta, el estado anímico, las cogniciones e incluso consecuencias fisiológicas.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva, que la persona no puede controlar y que se manifiesta en diversos contextos como la relación de pareja, ámbito laboral y social; la sintomatología se manifiesta a través de inquietud o la sensación de encontrarse atrapado. Afectando la capacidad para relajarse, por lo que se altera el ciclo del sueño.

La comunicación adecuada y el poner en práctica habilidades sociales en la relación de pareja como con otras personas, permiten el desenvolvimiento adecuado. Según lo evaluado en la presente investigación se considera que la relación conflictiva de pareja, ideas irracionales y comunicación deficiente generan la preocupación y ansiedad excesiva que propician el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada, afectando el desenvolvimiento de quien lo padece.

La investigación se llevó a cabo a través del estudio cualitativo en un paciente de treinta y cuatro años quien fue atendido en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, quien desarrollo el trastorno de ansiedad generalizada derivado de la relación conflictiva que sostiene con su pareja; en la cual predominaban los conflictos debido a la idea irracional de una pareja perfecta, que manifestaba el paciente, acompañado de la comunicación deficiente por parte de ambos.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La Universidad Panamericana inicia con el Centro de Asistencia Social - CAS - como proyección social, guiando a los practicantes universitarios a ser responsables con la sociedad; procurando impactar positivamente a través del servicio social de alto nivel que se presta en dicho centro. La propuesta de la universidad consiste en brindar un espacio para la asistencia psicológica y apoyo emocional dirigido a niños, jóvenes y adultos, contribuyendo con personas que no cuentan con los recursos económicos necesarios o que no tienen a su alcance las posibilidades de recibir dicho servicio que mejore su salud mental.

A través del Centro de Asistencia Social - CAS – los psicólogos practicantes tienen la posibilidad de ejercer su profesión en un ambiente supervisado de forma directa y personalizada, desarrollando a lo largo del proceso de práctica diversas etapas que la carrera requiere; dando seguimiento puntual y adecuado a los casos que son atendidos. En – CAS – se fomentan los principios y valores fundamentales de la ética y moral, contribuyendo al país de manera eficiente.

1.2 Descripción

El Centro de Asistencia Social brinda atención psicológica y apoyo emocional, a personas de los diversos grupos etarios con sus diferentes problemáticas, para dicha labor cuenta con instalaciones adecuadas, proporcionando comodidad y satisfacción a los usuarios atendidos. Cuenta con una sala de espera con servicio sanitario, área de atención al usuario (para proporcionar información, programar citas y realizar el cobro por cada consulta realizada), ocho cubículos equipados para brindar atención privada a los usuarios, cocineta, sala de reuniones, oficina de coordinación y el mobiliario necesario para uso de terapeutas practicantes.

1.3 Ubicación

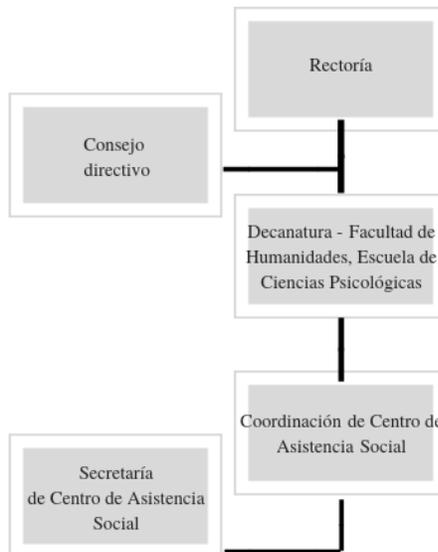
El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana se encuentra ubicado geográficamente en 7ma avenida 3 – 17 zona 9, Edificio Buonafina, tercer nivel.

1.4 Organización

El Centro de Asistencia Social pertenece a la Facultad de Humanidades y Escuela de Ciencias Psicológicas, es dirigido por la Licenciada María Fernanda Ramírez, quien además de coordinar el centro se encarga de realizar capacitaciones, supervisar y preparar a los terapeutas practicantes, llevando el control de la correcta atención a usuarios. El primer contacto de los usuarios con el personal del área de secretaría quienes se encargan de coordinar las citas, realizar el cobro por sesión a los usuarios, brindan información y apoyo oportuno a los estudiantes practicantes; además de cumplir con otras actividades solicitadas por coordinación.

1.5 Organigrama

Figura 1
Organigrama Centro de Asistencia Social CAS



Fuente: Centro de Asistencia Social CAS, Universidad Panamericana (2018)

1.6 Visión

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

Brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños, adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejora así su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, cuenta con los siguientes programas:

- Apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos, a través de procesos de psicoterapia y consejería llevados a cabo por alumnos practicantes de cuarto y quinto año de la Facultad de Humanidades, de los diversos campus y sedes.
- Escuela para padres, con el objetivo de brindar apoyo a los padres de familia en el fortalecimiento de las relaciones familiares y las dificultades que puedan tener en el hogar.

1.9 Justificación de la Investigación

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia constante de preocupación en el individuo al punto de causarle dificultad para concentrarse en las actividades cotidianas y malestar significativo, dentro del cual se incluye la presencia constante de fatiga, cambios repentinos de estado de ánimo, tensión muscular e incluso problemas de sueño.

En la siguiente investigación se describe cómo la relación conflictiva de pareja puede influir en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada, definiendo la comunicación deficiente y las ideas irracionales de idealización de una pareja como los principales factores desencadenantes del trastorno. Relacionando la preocupación constante del individuo acerca de la estabilidad emocional y el deterioro social manifiesto en carentes habilidades sociales.

Se realiza la investigación con el objetivo de optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, tomando como objeto de estudio un caso atendido en el Centro de Asistencia Social CAS de Universidad Panamericana. Dejando como precedente para futuros profesionales de la salud mental, la descripción y análisis del vínculo existente entre el trastorno de ansiedad generalizada y la relación conflictiva de pareja.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada inicia con la preocupación constante relacionada a uno o varios temas, dicha preocupación al ser excesiva puede convertirse en patológica, por lo que quien la padece tendrá dificultad en el desenvolvimiento cotidiano. La preocupación en exceso y las ideas irracionales que acompañan dicha preocupación se podrán presentar en lo relacionado al empleo que se desempeña, a la relación de pareja existente o la carencia de esta, incluyendo preocupaciones al compartir en sociedad.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 (2014) el trastorno de ansiedad generalizada tiene como principal característica la preocupación excesiva y difícil de controlar, se enfoca en la anticipación y para ser diagnosticado debe estar presente un mínimo de seis meses, la preocupación puede enfocarse en varios aspectos de la vida de quien la padece, siendo las principales áreas deterioradas la social, laboral o escolar. La sintomatología manifiesta consiste en inquietud o a la aparente sensación de encontrarse atrapado, la facilidad para fatigarse es constante al igual que la dificultad para relajarse o concentrarse en las actividades cotidianas.

En el trastorno de ansiedad el estado anímico irritable, es mencionado como parte de la sintomatología, al igual que la tensión muscular y la dificultad en el sueño. Dicha sintomatología al estar presente durante cierto tiempo causa malestar significativo, por lo que se ve afectado el desenvolvimiento social del individuo, incluyendo las relaciones de pareja.

Según Nezu (2006) las personas diagnosticadas con ansiedad generalizada reaccionan selectivamente a situaciones en las cuales consideran estar en peligro, o bien situaciones amenazadoras. Los procesos cognitivos se orientan a la obtención de resultados negativos incluso cuando las posibilidades de fracaso o peligro son lejanas a la realidad, mencionando que la

intensidad de la preocupación es desproporcionada, por lo que llega a diagnosticarse como una patología.

2.1.1 Tipos de ansiedad

El DSM 5 (2014) propone nueve tipos de ansiedad, cuya característica principal se relaciona con la preocupación excesiva e inapropiada al peligro real que se vive; dicha preocupación es acompañada de miedo. Por lo que la conducta se ve afectada, deteriorando principalmente las interacciones sociales de quien padece algún trastorno de ansiedad.

2.1.1.1 Ansiedad por separación

Según el DSM 5 (2014) el trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por “miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego (...)” (p. 190) por lo que sucede en personas de cualquier edad, en niños o adolescentes debe estar presente un mínimo de cuatro semanas y en adultos el mínimo es de seis meses.

Dentro de los criterios diagnósticos para el establecimiento del diagnóstico establecidos por el DSM 5 (2014) se menciona: malestar excesivo cuando sucede la separación de las figuras de apego o del hogar, preocupación por la idea de que puedan sufrir algún percance o morir, el área social se ve deteriorada pues evitan y se resisten a salir del hogar para no separarse de las figuras de apego, pesadillas relacionadas con la separación, presencia de quejas constantes relacionadas con malestar físico cuando se acerca alguna separación de las figuras de apego. (p. 191)

2.1.1.2 Mutismo selectivo

El DSM 5 (2014) afirma:

Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentra con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños

con mutismo selectivo hablan en su casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera ante sus amigos más cercanos o familiares de segundo grado, como abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social. (p. 195)

2.1.1.3 Fobia específica

Citando el DSM 5 (2014) se manifiesta que la fobia específica se presenta a través de miedo o ansiedad intensa frente a un objeto o una situación en específico, dicho objeto causa el mismo malestar en cualquier situación que se encuentre por lo que se evita en todo momento, siendo un temor irracional pues es completamente desproporcionado con relación al peligro real que puede representar el objeto que causa temor. Para optar al diagnóstico debe estar presente un mínimo de seis meses, en los que el malestar ha sido significativo.

2.1.1.4 Trastorno de ansiedad social o fobia social

El DMS 5 (2014) manifiesta:

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. En los niños, el miedo o la ansiedad se debe producir en las reuniones con los individuos de su misma edad y no solo durante las interacciones con los adultos (Criterio A) Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. (p. 203)

El malestar predomina en la mayoría de las interacciones sociales, por lo que dichas actividades se evitan, deteriorando así el área social y eventualmente las demás áreas de desenvolvimiento; la ansiedad y temor son desproporcionados a la amenaza real de la situación en la que se encuentre, tiende a ser persistente durante seis o más meses.

2.1.1.5 Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se caracteriza según el DSM 5 (2014) por la presencia de ataques de pánico que suceden sin ser previstos y de forma recurrente, se manifiesta por la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso durante algunos minutos, la sintomatología incluye palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar con normalidad, sensación de ahogo, entre otros. Posterior al ataque de pánico, en el mes siguiente se presenta inquietud o preocupación asociada a la aparición de otros ataques de pánico o cambios en el comportamiento orientados a la evitación de los ataques de pánico.

2.1.1.6 Agorafobia

DSM 5 (2014) indica “la agorafobia es un marcado miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones” (p. 218) como el uso del transporte público, encontrarse en espacios abiertos o sitios cerrados, hacer una fila o encontrarse en una multitud, estar solo fuera de su hogar. El temor a estas situaciones proviene de la idea de que no podría escapar fácilmente en situaciones de riesgo, o bien no podría recibir ayuda en caso de alguna emergencia. Encontrarse en dichas situaciones suele causar ansiedad desproporcionada al peligro real de la situación, por lo que se evitan en lo posible la mayor parte del tiempo; causando malestar significativo además de deterioro en el desarrollo psicobiosocial.

2.1.1.7 Trastorno de ansiedad generalizada

DSM 5 (2014) evidencia:

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación son desproporcionadas a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. (p. 222)

2.1.1.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos

Dentro de las características requeridas para su diagnóstico el DSM 5 (2014) menciona la presencia de ataques de pánico, además que la sintomatología se haya presentado durante o poco después del consumo de sustancia o medicamento involucrado, aplica también a procesos de abstinencia. El malestar deteriora el desarrollo del individuo, y requieren atención clínica por la gravedad de los síntomas.

2.1.1.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección medica

DSM 5 (2014) manifiesta que “la característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección medica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica” (p. 230) para confirmar el diagnóstico de dicho trastorno es necesario que los ataques de pánico o de ansiedad sean predominantes en el cuadro clínico; esto se confirma a través de la historia clínica del paciente o bien a través de análisis de laboratorio que confirmen que el trastorno de ansiedad es una consecuencia fisiopatológica directa de una afección medica; por lo que no ha de explicarse la relación con otro trastorno mental.

2.2 Relación conflictiva de pareja

Según Vinyamata (2003) los conflictos pueden ser una fuente de crecimiento y desarrollo, si con ayuda de la inteligencia emocional se aprende a manejarlos objetivamente, además de aprender a mediar para resolver los conflictos de una manera en la cual, ambas partes puedan obtener un beneficio. Por el contrario, si el conflicto es negativo o bien se desconoce cómo resolverlo adecuadamente, puede ser el generador de conflictos mayores, además de influir en el malestar significativo de los participantes del conflicto.

La mayor parte de los esfuerzos que realizan las personas se enfoca en la satisfacción de necesidades, como menciona Maslow (1991) en la pirámide que definió en la cual se incluyen las necesidades fisiológicas, de seguridad, sociales, autoestima y autorrealización; al no encontrarse

cubiertas dichas necesidades el ser humano se encuentra en conflicto, por lo que debe entonces esforzarse en la satisfacer las mismas. Vinyamata (2003) menciona que las personas se enfocan en dos situaciones, la satisfacción de necesidades y la resolución de problemas; incluyendo por lo tanto los de relación.

El origen de los conflictos de pareja sucede cuando existen diferencias que ninguno de ellos está dispuesto a mejorar o bien situaciones en las que la pareja no ha sido capaz de expresar sus emociones e ideas asertivamente. Es de importancia abordar en clínica, la comunicación en la pareja, al ser adecuada disminuyen considerablemente los conflictos.

2.2.1 El conflicto por diferentes perspectivas

Beck (1990) menciona que una causa de separación o conflicto en una pareja puede surgir debido a las diferencias que se tienen en la visión de sí mismos y del cónyuge, pues las diferencias y expectativas triviales se encuentran ligadas a las creencias profundas del ser humano por lo que con el paso del tiempo una diferencia trivial puede transformarse en un conflicto mayor y finalmente en una separación.

El conflicto por diferentes perspectivas surge cuando la pareja deja de tomar en cuenta el significado que el otro le da a cada situación de las que puedan ser superficiales y las que no, por lo que le dan un significado propio con base en su propia perspectiva y experiencias. De tener un pensamiento negativo referente al significado de las actividades o conversaciones de la pareja, se obtendrán ideas erróneas siendo lo adecuado que la pareja pueda armonizar entre sí, llegando a acuerdos y explicando con claridad la molestia causada al momento en que surja, según ha mencionado Beck (1990).

Beck (1990) afirma:

Al no comprender las diferencias de perspectiva, los conyugues tienden a atribuirse mutuamente mala voluntad durante un conflicto. No se dan cuenta de que solo perciben los

conjuntos idénticos de circunstancias en forma diferente y que a ninguno se le puede culpar de mala intención. (p. 70)

Según un estudio mencionado por Beck (1990) las mujeres se interesan en las relaciones personales, por otro lado, los hombres se enfocan en la independencia. Al minimizar estas diferencias se reducen considerablemente los conflictos de pareja, principalmente los relacionados con la personalidad del otro.

2.2.2 Comunicación en pareja

El principal factor que interviene en los conflictos de pareja es la comunicación deficiente pues cada uno manifiesta sus emociones e ideas sin tomar en cuenta las del otro, o bien sin pensar si esto podrá tener alguna repercusión, en el caso de que el receptor del mensaje lo entienda como una agresión verbal. La comunicación efectiva sucede cuando tanto la esposa como el esposo pueden expresar sus necesidades y sentimientos de forma clara, directa e incluso siendo empáticos.

Liberman y otros (1987) indican que con frecuencia las parejas tienden a expresar sus gustos o disgustos, sin embargo, no lo realizan con claridad ni directamente para evitar ambigüedades realizando entonces bloqueos en la comunicación efectiva. Dichos bloqueos llevan a las parejas a permanecer en conflicto durante más tiempo por lo que el tiempo agradable se reduce causando distanciamiento en la pareja y finalmente la separación.

Los mensajes destructivos o bloqueos en la comunicación eficaz, según Liberman (1987) son:

Ordenar: “¡Ven aquí y limpia esta suciedad ahora mismo!”. Amenazar: “Si no vienes aquí ahora mismo no verás la TV esta noche”. Moralizar: “Tu responsabilidad es limpiar sin tener que decírtelo”. Imponer soluciones: “¿Por qué no empiezas a limpiar cuando empiecen los anuncios?”. Reprender: “Tendrás que aprender a limpiar sin que te lo digan si quieres ser una buena esposa”. Criticar: “Nunca terminas lo que empiezas”. Pseudoaprobación: “Me parece ver que estas demasiado cansada para limpiar esta suciedad esta noche”. Tranquilizar: “Te sentirás mucho mejor cuando hayas limpiado”. Ridiculizar: “No eres más que una perezosa”.

Interpretar: “Estás haciendo esto para volverme loco”. Interrogar: “¿Puedes darme una buena razón de por qué no puedes limpiar ahora?”. Retirarse: “Estoy demasiado cansado para argumentar nada más. Me voy a la cama”. (p. 92)

La comunicación asertiva se encuentra relacionada con la inteligencia emocional, al tener la habilidad de identificar las propias emociones es más sencillo aprender a transmitir las adecuadamente, haciendo uso de la empatía también se facilita comprender al otro y sus emociones. Al mencionar la comunicación asertiva es importante incluir el lenguaje verbal y no verbal, pues, aunque el mensaje verbal suene alentador el lenguaje no verbal puede dar una idea distinta.

El proceso de comunicación que menciona Liberman (1987) indica que “la comunicación incluye recibir, procesar y transmitir información y requiere la existencia de tres elementos: el emisor, el receptor y el mensaje. La comunicación diádica es ineficaz cuando falta cualquiera de estos tres elementos” (p. 93). Al incluir dichos factores de forma adecuada la comunicación podrá fluir adecuadamente; cuando se recibe un mensaje es importante escuchar e intentar comprender los sentimientos de quien envía el mensaje, durante el procesamiento del mensaje tomar en cuenta el contexto en el que se recibió y finalmente al proporcionar una respuesta considerar el lenguaje tanto verbal como no verbal.

2.3 Ideas irracionales relacionadas con la idealización de la pareja

La teoría de la terapia racional emotiva se centra en la reestructuración de las creencias irracionales, realizando entonces un cambio a creencias racionales. Estas creencias definen el actuar del ser humano condicionando las emociones, conductas y principalmente los pensamientos, que pueden ser funcionales o disfuncionales. Ruiz et al (2012) citan a Ellis (1995) quien definió “las creencias racionales como cogniciones evaluativas de significado personal que son de carácter preferencial que se expresan en forma de deseo, preferencia, gusto, agrado y desagrado” (p. 323).

Por otro lado, los pensamientos considerados racionales tienden a ser flexibles y son de ayuda al individuo pues le permiten sentirse libre para tomar decisiones, así como para establecer metas

realistas y objetivas a corto, mediano o largo plazo; considerando además la inclusión de propósitos para cada actividad realizada.

Ruiz y otros (2012) afirman:

Los pensamientos irracionales son, por el contrario, cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, se expresan de forma rígida con términos tales como debería de y tendría que y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente en la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad. (p. 324)

Ruiz y otros (2012) mencionan que la terapia racional emotiva se centra en cuatro formas de pensamiento irracional, siendo la primera: demandas o exigencias relacionadas con las acciones que deberían de realizar las personas de su entorno. Catastrofismo, haciendo alusión a que cualquier falla o error cometido puede ocasionar consecuencias exageradas y por completo negativas. Baja tolerancia a la frustración, considerando además el temor al rechazo y la dificultad para manejarlo asertivamente. Finalmente, la depreciación o condena global de la valía humana la cual hace referencia a que, por un minúsculo error, la persona que lo comete no es buena en nada.

“Estas formas de pensamiento se consideran irracionales porque son falsas, ilógicas, extremas y tienden a interferir con las metas y propósitos básicos de las personas” (Ruiz et al, 2012, p. 325) por lo que es de importancia realizar el abordaje adecuado según la terapia racional emotiva; realizando modificaciones cognitivas con el objetivo de mejorar el desarrollo psicobiosocial del individuo atendido.

2.3.1 Idealización de la pareja

La terapia cognitiva conductual al igual que la terapia racional emotiva, poseen principios similares que pueden ser de ayuda en el abordaje de conflictos de pareja, considerando que ambas teorías se enfocan en la reestructuración de esquemas irracionales llevando al consultante a tener mayor

flexibilidad en las ideas manifiestas; dentro de las cuales pueden existir ideas relacionadas con una pareja ideal o perfecta y al no tenerla esta idea causa frustración.

Beck (1990) manifiesta:

La terapia cognitiva demostró que los conyugues pueden aprender a ser más razonables el uno con respecto al otro: si adoptan una actitud más humilde, menos segura en cuanto a la exactitud de la lectura de los pensamientos y a las conclusiones negativas resultantes; si controlan la precisión de dicha lectura, y si consideran algunas explicaciones posibles de lo que hace su pareja. (p. 27)

Según Freud (1914) cuando se idealiza a una persona se le asignan cualidades exageradas a las que realmente tiene por lo que la convierten en alguien más agradable; a través de esta idealización se aparta de lo consciente el aspecto negativo de la persona por lo que se vuelve una persona aún más agradable con quien compartir. Sin embargo, cuando esta persona deja de ser considerada ideal por no cumplir con los estándares esperados, quien la ha idealizado experimenta frustración. “La idealización es un proceso que envuelve al objeto, sin variar su naturaleza, este es engrandecido y realizado psíquicamente.” (Freud, 1914, p. 28)

2.4 Habilidades sociales

Se define como habilidad social a la capacidad del ser humano de relacionarse con otros de su entorno, teniendo las posibilidades de comunicar sus ideas adecuadamente además de tener sanas relaciones interpersonales; según citan Ruiz y otros (2012) “El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales. (Segrin, 2009)” (p. 292)

La deficiencia en habilidades sociales, según Ruiz (2012) se relaciona con aislamiento social, fracaso escolar e incluso con implicaciones delictivas en la adolescencia. Además de estar

directamente relacionado con dificultades en la adaptación al medio y con el estado de ánimo. Al tener un nivel bajo de habilidades relacionadas con el área social, las personas pueden llegar a extremos como podrían ser estados depresivos debido al aislamiento, ansiedad social cuya característica principal se centra en los pensamientos negativos relacionados con la opinión social.

Además de influir en el estado de ánimo, es posible que las bajas habilidades sociales influyan en la relación de pareja pues se dificulta inicialmente establecer relaciones cercanas. Influye en el aspecto laboral debido a la dificultad para relacionarse con sus iguales o superiores, y la falta de sentido de competencia o de destacar frente a otros socialmente.

Kelly (1988) citada por Ruiz y otros (2012) afirma:

Desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje social, las habilidades sociales son conductas aprendidas y hay distintos mecanismos que podrán explicar su adquisición y mantenimiento, destaca los siguientes: reforzamiento directo de las habilidades, experiencias de aprendizaje vicario u observacional, retroalimentación interpersonal recibida y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales. (p. 293)

2.4.1 Modelos explicativos de la dificultad en el área social

Bellak y Morrison (1982) realizaron un extracto de los principales modelos relacionados con el estudio del comportamiento de seres humanos en el área social, analizando la dificultad para mostrar conductas socialmente adecuadas. El modelo de déficit de conductas indica que la dificultad para desenvolverse socialmente proviene de la falta de ejemplos anteriores para la situación que se presenta.

Al tener pocas interacciones sociales tiene también pocas oportunidades de aprender las habilidades necesarias; considerando que el aprendizaje surge por imitación. Puede darse en personas provenientes de familias desestructuradas o de escasos recursos, por lo que no han podido

desarrollarse en ámbitos que no sean solo su hogar o con familia cercana. (Ruiz y otros, 2012, p. 295)

Ruiz y otros (2012) afirman con respecto al modelo de ansiedad condicionada que “la causa de no manifestar conductas socialmente competentes se debe a que los sujetos están sometidos a una ansiedad condicionada a ciertos estímulos que configuran las relaciones sociales.” Un ejemplo de lo mencionado por Ruiz consiste en una situación en la que una persona experimenta ansiedad pues no sabe cómo responder a la conversación de su interlocutor, teniendo dificultad para manejar adecuadamente la situación; y para reducir la ansiedad acceden a las peticiones de la persona con quien se conversa.

El modelo de discriminación errónea que presenta Ruiz (2012) tiene como base la deficiencia en habilidades perceptivas y cognitivas, por lo que interpreta de forma incorrecta las manifestaciones de otras personas. Ejemplifica, que puede suceder cuando el interlocutor hace uso de indirectas para terminar con la interacción sin embargo la otra persona no lo comprende y continúa con la conversación.

Ruiz (2012) afirma con la relación al modelo de déficit cognitivo evaluativo:

Este modelo explica el fracaso de la conducta socialmente competente por una inhibición de las respuestas eficientes como consecuencia de los estados emocionales inducidos por la evaluación errónea de las situaciones, las expectativas negativas de la actuación y las autorreferencias negativas. Por ejemplo, personas que tienen serios problemas en las relaciones interpersonales en las que la propia ansiedad y las autorreferencias negativas impiden que la conducta sea adecuada socialmente. (p. 296)

El modelo interactivo menciona que las habilidades sociales son el resultado de una serie de procesos cognitivos y procesos de conducta, los cuales dan inicio con la adecuada percepción de los estímulos interpersonales que sean relevantes; continuando con la flexibilidad al procesar los

estímulos que producen y a la vez evaluar la variedad de opciones de respuesta, proporcionando la respuesta más adecuada.

2.4.2 Tipos de habilidades sociales

Ruiz y otros (2012) afirman:

Las habilidades sociales constituyen un amplio rango de competencias que se pueden agrupar en distintas categorías relacionadas entre sí. Cabe resaltar las siguientes: habilidades no verbales relacionadas con el lenguaje corporal como con la expresión facial, el contacto ocular, ademanes y posturas, etc. Habilidades básicas de conversación. Habilidades de comunicación. Habilidades emocionales. Habilidades de autoprotección. Habilidades de solución de problemas. Habilidades de aproximación evitación en las relaciones íntimas y en la consecución de objetivos vitales. (p.297)

Caballo (1977) realiza la distinción de tres tipos de habilidades sociales, siendo estas, las habilidades conductuales, habilidades cognitivas y cambios fisiológicos. Siendo las habilidades conductuales las que incluyen la interacción social a través de componentes como el lenguaje no verbal realizado con gestos, paralingüísticos haciendo uso de la voz o el tiempo que tarda al hablar, verbales los cuales hacen referencia al contenido del mensaje y mixtos los cuales incluyen características de los componentes anteriores.

Las habilidades cognitivas implican la percepción que se tiene del ambiente en el cual se desarrolla, realizando una conexión entre la situación, el estímulo que se percibe además de los acontecimientos. Se incluyen las habilidades para construir conductas de adaptación con facilidad, la percepción social y las expectativas que se tienen de la interacción. (Ruiz y otros 2012, p. 298)

Según Caballo (1977) los “cambios fisiológicos se refieren a las reacciones fisiológicas implicadas en las situaciones de interacción social. Los componentes más investigados han sido: tasa cardiaca, presión sanguínea, flujo sanguíneo, respuestas electrodermales, respuestas electromiográficas y respiración”. (p. 299)

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La comunicación deficiente influye en el surgimiento de conflictos de pareja, si a esto se agregan las ideas irracionales relacionadas con la idealización de una pareja se ve comprometida la estabilidad emocional. Por lo que los miembros de la pareja se ven afectados, en un hombre adulto pueden surgir, evidencias de preocupación constante relacionada con la dificultad para resolver los conflictos en pareja, esta preocupación puede interferir en su día a día, pues dejará de realizar su trabajo de manera eficiente, además de disminuir las relaciones sociales, por las carentes habilidades sociales o la idea de aislarse para evitar más conflictos.

Los constantes conflictos de pareja y la preocupación que esto conlleva, influyen en la aparición de la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada, que según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 (2014) se caracteriza por preocupación excesiva, inquietud, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o relajarse acompañado de tensión muscular, cambios en el estado de ánimo con tendencia a la irritabilidad, también alteraciones en el ciclo de sueño. Debido al malestar causado, se deteriora el ámbito social y laboral.

La problemática del usuario atendido en el Centro de Asistencia Social inició debido a la comunicación y confianza deteriorada en su relación de pareja, los conflictos eran constantes por lo que el consultante pasaba gran parte del tiempo preocupado por no saber cómo evitar o manejar los conflictos existentes, esta preocupación se volvió excesiva y se acompañó de ansiedad, en poco tiempo deteriorando su desempeño laboral y desenvolvimiento social que incluso antes de los conflictos era limitado. Al inicio del tratamiento refería dificultades en el sueño, pues se le hacía imposible relajarse y detener los pensamientos relacionados con una pareja ideal; esta dificultad y el estado de ánimo irritable fueron la motivación para asistir al proceso terapéutico.

El presente trabajo pretende determinar las características principales del trastorno de ansiedad generalizada, definir las dificultades que surgen en una pareja debido a la comunicación deficiente, analizar las ideas irracionales que influyen en la idealización de la pareja, delimitar el deterioro social causado por el trastorno antes mencionado. Describiendo como la relación conflictiva de pareja puede influir en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada.

La investigación quedará como un precedente para futuros profesionales de la salud mental interesados en el abordaje del trastorno mencionado, contando con la descripción y análisis del vínculo existente entre ansiedad y relación conflictiva de pareja. Además de la descripción detallada de los trastornos de ansiedad, el origen de los conflictos de pareja asociados con la comunicación deficiente e idealización de una pareja, así como las ideas irracionales que respaldan dicha idealización.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influyen los conflictos de pareja en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada en un hombre adulto de treinta y cuatro años?

3.3 Objetivo General

Describir cómo la relación conflictiva de pareja puede influir en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada.

3.4 Objetivos Específicos

- Determinar las características principales del trastorno de ansiedad generalizada.
- Definir las dificultades que surgen en una pareja debido a comunicación deficiente.
- Analizar las ideas irracionales que influyen en la idealización de la pareja.
- Delimitar el deterioro social causado por el trastorno de ansiedad generalizada.

3.5 Alcances y límites

Entre los alcances obtenidos a través del proceso terapéutico, llevado a cabo en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, inicialmente se resalta el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica con el usuario, lo cual fue de ayuda en el desarrollo del plan terapéutico y la obtención de resultados positivos a través de este.

Al poner en práctica el plan terapéutico se alcanzaron los objetivos propuestos, siendo la identificación y reestructuración de creencias irracionales relacionadas con la idealización de la pareja, fortalecer el autoconocimiento a través del manejo adecuado de emociones y la reactivación del área social.

Adicional el consultante manifestó evidenciar mejoría en la relación de pareja, pues obtuvo herramientas que le ayudaron a manejar de mejor manera los conflictos existentes e incluso los que surgieron después, haciendo uso de la inteligencia emocional y comunicación asertiva.

Como limitante del proceso, se considera el hecho de que el usuario inició el proceso terapéutico en el año dos mil diecisiete, sin embargo, por las ausencias y la fecha de su inicio únicamente fue evaluado por otro terapeuta; fue necesario realizar la búsqueda de evaluaciones, que no fueran del conocimiento del paciente, con el propósito de que se obtuvieran los resultados esperados.

Analizando los casos atendidos en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, se evidencia poco interés por parte de los participantes en obtener un proceso terapéutico completo, pues algunos casos debieron ser cerrados por las constantes ausencias; siendo esto un limitante para los estudiantes practicantes pues no fue posible aplicar sus conocimientos en varias personas.

3.6 Metodología

La Práctica Profesional Dirigida correspondiente al quinto año de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, haciendo uso del método inductivo pues se inició el proceso observando la conducta del usuario, prestando atención al referido malestar significativo asociado a la preocupación por los conflictos en la relación con su pareja actual. Con apoyo de la entrevista clínica se recabaron datos generales e historia clínica del consultante, además de evaluar el estado mental del usuario, realizando un análisis profundo de su estado cognoscitivo.

Para realizar la clasificación solicitada en el método inductivo de investigación, se realizó el proceso psicodiagnóstico haciendo uso de la prueba proyectiva llamada La persona bajo la lluvia, Test de la casa, WHODAS 2.0, Escala de habilidades sociales, Inventario de ansiedad de Beck y el Cuestionario de análisis clínico. Según los resultados de las pruebas el usuario manifestaba pesimismo, agotamiento, alto monto de ansiedad, hostilidad del medio al que debe enfrentarse, además de leve discapacidad en lo relacionado con la participación en sociedad, por lo que se proporciona el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, según los criterios descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición.

Según el análisis realizado con base en los resultados obtenidos en las pruebas y lo observado en el espacio clínico, fue notorio que el usuario se encontraba afectado por la ansiedad y preocupación excesiva causada por los constantes conflictos con su pareja. Denotaba malestar significativo, ideas irracionales en las que menciona características de una pareja perfecta, bajas habilidades sociales e inteligencia emocional. Por lo que el plan terapéutico se estructuró con base en lo expuesto en el enfoque Cognitivo conductual, en el que se hace referencia a los pensamientos automáticos e ideas irracionales, las cuales surgen ante algún acontecimiento activador, condicionando la emoción que se experimenta según los esquemas mentales guardados a través de experiencias anteriores.

El enfoque elegido, permitió realizar cambios en los esquemas mentales del consultante a través de técnicas como la identificación de creencias, reestructuración cognitiva, pensamientos alternativos y descubrimiento guiado. Se incluyeron técnicas del enfoque Logoterapéutico de Viktor Frankl el cual permite al usuario encontrar el sentido de su existencia, a través de vivir de manera auténtica y responsable tanto consigo mismo como con otros, se hizo uso de técnicas como autotranscendencia y autoproyección.

A través del método inductivo se tomó como objeto de estudio un caso clínico particular, el cual permitió la observación y análisis de las características específicas de dicho caso, con el que se pudieron establecer conclusiones generales relacionadas al trastorno de ansiedad generalizada asociado con relación conflictiva de pareja; realizando una investigación cualitativa y descriptiva del proceso terapéutico.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de Estudio de Caso

4.1.1 Datos generales

Nombre:	O. E. Z. S.
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	1984
Edad:	34 años
Estado civil:	Unido
Escolaridad:	Universitaria
Ocupación y lugar de trabajo:	Supervisor, centro de atención telefónica
Religión:	Católico
Referido por:	Tercera persona
Fecha de inicio del proceso:	14 de marzo de 2018

4.1.2. Motivo de consulta

El usuario refiere “Tengo todo en desorden, no sé por dónde empezar... tengo problemas en mi trabajo al negarme” (SIC). En la ficha de derivación ha colocado “Mejorar mi autoestima, dejar atrás lo que no sirve emocionalmente en mi vida” (SIC)

4.1.3 Historia del problema actual

El usuario refiere que desde hace un año aproximadamente ha notado cambios en su estado de ánimo, dificultad para descansar una noche completa y poder relajarse, ha referido que los rasgos ansiosos han incrementado, además de dificultades en el manejo y expresión de emociones, refiere

incrementó los conflictos con su pareja y la dificultad para realizar actividades sociales y laborales con normalidad.

Atribuye el malestar a una ruptura sentimental, de una relación extramarital que tuvo una duración de ocho meses aproximadamente; dicho suceso tuvo lugar poco tiempo después de que el consultante fuera ascendido en su trabajo a un puesto en el que se le dificulta desenvolverse debido a que considera bajas sus habilidades para relacionarse con los demás y a las dificultades emocionales que le han impedido concentrarse por completo en el trabajo.

4.1.4 Estresores o factores precipitantes

El usuario menciona, como el principal suceso estresor la situación laboral en la que se encontraba, pues tenía poco tiempo de estar en el puesto de supervisor en el que dentro de sus funciones debía estructurar planes de acción para elevar las ventas de su área, realizar presentaciones ante altos ejecutivos de la empresa y realizar capacitaciones a un grupo de personas que posteriormente capacitarían a más personas. El estrés surgió debido a que consideraba pocas sus capacidades para llevar a cabo dichas labores que implicaban interacción con otras personas y adecuado empleo de la inteligencia emocional.

A su vez, percibiendo el ambiente laboral cargado, debido a esas preocupaciones, además de la dificultad para establecer límites con sus compañeros y superiores pues con frecuencia accedía a realizar trabajo que no le correspondía o bien trabajar horas extra para cubrir el puesto de otra persona, incluso cuando no tenía el tiempo o energía para realizarlo.

La relación conflictiva de pareja influyo en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada, debido a que en el transcurso del día tenía pensamientos recurrentes relacionados con evitar conflictos al llegar a casa; tratando de satisfacer las necesidades de su pareja, lo cual lo desgastaba mental y emocionalmente. La deficiencia en la comunicación y el estado de ánimo irritable formaron parte de los constantes conflictos, pues según el usuario él le pedía algún favor a su pareja

y ella solía olvidarlo, por lo que la reacción del usuario correspondía a gritos, que posteriormente regresaba su pareja; esta situación se repetía constantemente por lo que el usuario difícilmente tenía días en los que se pudiera sentir tranquilo al llegar a su hogar o compartir con su pareja.

Siendo el principal factor precipitante la confesión del usuario a su pareja de las infidelidades ocurridas por casi diez años; dicha confesión surgió, según lo manifestado por el paciente, debido a sentimientos de culpa y consideraba estar siendo poco integro. En ese momento consideró unirse a la persona que conoció fuera de la unión sin embargo ella no estaba del todo de acuerdo, él indica haber caído en cuenta y darle mayor importancia a la relación de once años por lo que se propuso mejorar como persona para que también la relación pudiera mejorar.

4.1.5 Historia clínica

Personales no patológicos. El usuario menciona que previo a su nacimiento su madre tuvo un aborto espontáneo, por lo que sus padres tenían miedo cuando se enteraron del embarazo pues podían volver a pasar por una pérdida similar, menciona que sus padres no esperaban tener más hijos después de dicha pérdida. Indica no tener datos relacionados con su nacimiento y sus primeros meses de vida, desconoce como sucedió su evolución neuropsíquica y de lenguaje.

El usuario hace referencia a iniciar sus estudios a corta edad. En la universidad estudio ingeniería en sistemas sin completar la carrera; recientemente obtuvo el título de licenciado en administración de empresas. Se muestra interesado en el aprendizaje, es autodidacta pues está en constante aprendizaje a través de audio libros y tutoriales en los que incluso ha aprendido a tocar guitarra. Considera importante la formación desde que tiene uso de razón.

En el área social el usuario hace referencia a carecer de relaciones de amistad, se relaciona con compañeros de trabajo con dificultad debido a considerarse introvertido, y a no sentirse capaz de manejar una relación, pues considera le hace falta confiar en sí mismo y en los demás. Participa en reuniones sociales con compañeros de trabajo únicamente si es obligatoria su presencia, participa durante poco tiempo pues se siente incómodo. Asiste con poca frecuencia a reuniones familiares.

La dificultad para socializar se ha mantenido desde la adolescencia, considera que su personalidad no es de ayuda al buscar nuevas amistades. En la adultez, comenzó a laborar al alcanzar la mayoría de edad, uno de sus primeros trabajos fue como guardia de seguridad; actualmente labora como supervisor de área en un centro de atención telefónica, lleva en el puesto casi dos años y en la empresa alrededor de nueve años, al obtener el ascenso tuvo dificultad al dirigirse a sus subordinados y al proponer estrategias nuevas a desarrollar en el puesto de trabajo.

Inicio la actividad sexual a los veinte años; en la actualidad ha tenido dificultad en dicha área por conflictos constantes con su pareja y al distanciamiento entre ambos. La primera novia de la cual hace mención, la conoció al tener catorce años, iniciando un noviazgo a los dieciséis años, dicha relación se sostuvo durante siete años; refirió que, ella era detallista y cariñosa todo el tiempo, él considera haber sido todo lo contrario por lo que manifestó sentimientos de culpabilidad.

Posterior al noviazgo anterior, inicio la relación con su pareja actual, indica que hace once años ella se quedó sin empleo por lo que no podía costear los gastos de alquiler y él le ofreció una habitación en su casa, de esta forma comenzaron a vivir juntos. Un año y medio después de unirse el usuario comenzó a salir con otras personas, manteniendo la relación actual; hace aproximadamente dos años estaba en una relación con una compañera de trabajo con quien consideró casarse y tener hijos; por lo que tomó la decisión de separarse de su actual pareja y pedirle que dejara la casa a lo cual ella no estuvo de acuerdo y continuaron en la misma vivienda, durmiendo en habitaciones separadas durante poco más de tres meses.

Debido a que no pudo concretar la separación, termino la relación extramarital; e intento mejorar la relación actual en la cual menciona que durante mucho tiempo existió agresión física, verbal y psicológica mutua. Cuando el usuario inicio un proceso terapéutico en 2017, considera que le fue de ayuda para poder enfrentar algunos conflictos con su pareja actual, sin embargo, las dificultades continuaron.

Personales patológicos. La salud en general ha sido estable; durante la infancia menciona que con frecuencia tenía caídas o golpes fuertes por lo que tuvo varias fracturas y aún posee cicatrices de

sesenta y nueve años, se encuentran casados. Su primer hijo tiene cuarenta y dos años, el segundo hijo tiene cuarenta y un años; el siguiente embarazo concebido no llegó a término por lo cual existía temor en los padres de volver a procrear; incluso con el temor sucede el cuarto embarazo del cual nació el usuario.

4.1.7 Examen del estado mental

Usuario se presenta denotando arreglo e higiene, inicia la sesión en una postura tensa posteriormente se relaja y se acomoda en la silla, su conducta fue de cooperación, amabilidad y apertura, se muestra ansioso, tenso y atento. Orientado en tiempo, lugar y persona. Su discurso consta de habla fluida, se torna vacilante, circunstancial y cae en reiteraciones, además de cambiar de tema con frecuencia.

El contenido de pensamiento denotaba ansiedad, preocupado por conflictos laborales y de autoestima; dichas preocupaciones han interferido en su concentración pues transcurre el día con esos pensamientos. Con relación a sí mismo es notoria la valía deteriorada.

En el afecto, denoto enojo al mencionar el tener la razón lo cual reflejo al empuñar con fuerza su mano, demostró alegría y aflicción por momentos además de perplejidad y ansiedad. Lo cual era congruente con el contenido de pensamiento. Respecto al juicio su actitud fue de apertura con disposición al proceso terapéutico, orientado en la búsqueda de ayuda y acompañamiento pues considera que está atravesando por situaciones que no logra dominar o superar por sí mismo; siendo sus expectativas constructivas y realistas.

En cuanto a la personalidad, su actitud en las relaciones interpersonales es de ansiedad, frialdad, suspicacia, con tendencia a ser seguidor, inseguro y dependiente en ciertas áreas; refiriendo mantener una relación para evitar conflictos o bien siguiendo planes ya estructurados en el trabajo teniendo dificultad para realizar un proyecto nuevo. Hacia sí mismo se nota indulgente, egocéntrico y ocasionalmente despectivo, sin embargo, puede ser comprometido. Con ánimo cambiante,

preocupado, abierto y practico. Sus intereses se enfocan en el aprendizaje autodidacta, utilizando el tiempo libre solo y poco con su familia o la de su pareja.

4.1.8 Resultado de pruebas

Durante la aplicación de las evaluaciones, el usuario mostró una actitud colaboradora y denotó rasgos ansiosos al iniciar cada una de las pruebas, lo cual ha sido evidente en los resultados obtenidos. Realizó las pruebas proyectivas y psicométricas en un tiempo ligeramente menor al promedio.

Cuadro 1
Aplicación de pruebas

Prueba aplicada	Fecha de aplicación
Test proyectivo de la persona bajo la lluvia	18 de abril de 2018
Test proyectivo de la casa	18 de abril de 2018
Whodas 2.0	25 de abril de 2018
Escala de habilidades sociales	25 de abril de 2018
Inventario de ansiedad de Beck	09 de mayo de 2018
Cuestionario de análisis clínico CAQ	16 de mayo de 2018

Fuente: Elaboración propia, mayo (2018).

Test proyectivo de la persona bajo la lluvia. Según la prueba realizada por el usuario denota adecuada ubicación en el espacio, orientado al pasado a lo inconsciente y preconscious; introversión, encerrarse en sí mismo, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento, asuntos sin resolver o traumáticos. La presión del dibujo representa rapidez mental y originalidad, agilidad, intuición, hipersensibilidad, poco contraste, creativo, vehemente. Agilidad, excitabilidad, secuencia adecuada del dibujo, se encuentra dispuesto a enfrentar al mundo, comportamiento presente.

La borradura indica alto monto de ansiedad el cual era notorio en el temblor de manos al iniciar el dibujo, le resulta difícil planificar una tarea, bajo nivel de tolerancia a la frustración. Proyecta la necesidad de ser contenido por el medio ambiente, poca capacidad para crecer, bloqueado, algunos

rasgos obsesivos, poca capacidad para ocupar espacios. Presión, amenaza, hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse, relacionado con los conflictos de pareja y laborales.

Proyecta la capacidad de defender del ambiente, temor a lo social, desconfianza de quienes lo rodean, defensa por temor al padre o autoridad. Defensas pobres, poca fortaleza para sostenerse, poder intelectual, social; depresión, arrogancia, desarmonía entre el intelecto y la emoción. El dibujar el cuerpo con palitos proyecta evasión, falta de compromiso, infantilismo, no querer darse a conocer; negación de dar o recibir, desaliento, abatimiento, falta de ilusión, tristeza, resignación. Falta de confianza en sí mismo, inseguridad.

Test proyectivo de la casa. El dibujo de la casa realizado por el usuario fue realizado en tiempos normales, con pocas borraduras, simétrico, realiza comentarios espontáneos. Por el tamaño refleja inseguridad, aislamiento, descontento, regresión y ansiedad; lucha no realista, fantaseo y frustración, según los detalles demuestra aislamiento, falta de afecto en el hogar, Defensividad, límites del Yo débiles y organicidad.

Cuadro 2
Resultados cuantitativos de Whodas 2.0

Área	Porcentaje de discapacidad	Interpretación
Comprensión y comunicación	40 %	No evidencia discapacidad
Capacidad para moverse en su alrededor	24 %	No evidencia discapacidad
Cuidado personal	25 %	No evidencia discapacidad
Relacionarse con otras personas	28%	No evidencia discapacidad
Actividades de la vida diaria	20 %	No evidencia discapacidad
Actividades de la vida diaria	30 %	No evidencia discapacidad
Participación en sociedad	37.5 %	No evidencia discapacidad

Fuente: Elaboración propia, abril (2018).

El usuario evidencia leve discapacidad en el área de comprensión y comunicación, pues se le dificulta recordar lo que debe hacer, comprender a los demás, iniciar o mantener una conversación

o concentrarse durante un periodo prolongado. Además de leve discapacidad en el área de participación en sociedad, se le dificulta participar igual que las demás personas en actividades sociales.

Cuadro 3

Resultados cuantitativos de Escala de habilidades sociales

Puntaje PC	Nivel de habilidades sociales
10	Bajo

Fuente: Elaboración propia, abril (2018)

Los resultados obtenidos en la escala de habilidades sociales demuestran un puntaje con valor diez, lo cual es interpretado como un nivel bajo; por lo que al usuario se le dificulta expresarse de forma espontánea, expresar conductas asertivas frente a personas que no conoce, inclusive en defensa de los propios derechos.

Cuadro 4

Resultados cualitativos de Escala de habilidades sociales

Área	Puntaje por área	Resultado cualitativo
Autoexpresión de situaciones sociales.	16	Leve dificultad para expresare de forma espontánea en situaciones sociales.
Defensa de los propios derechos como consumidor.	10	Leve dificultad en la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos.
Expresión de enfado o disconformidad.	8	Leve dificultad para expresar discrepancias.
Decir no y cortar interacciones	17	Habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener.
Hacer peticiones	17	Capaz de hacer peticiones sin excesiva dificultad.
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	9	Dificultad para comenzar interacciones con el sexo opuesto.

Fuente: Elaboración propia, abril (2018)

Los resultados cualitativos de la escala de habilidades sociales demuestran que el usuario manifiesta leve dificultad para expresarse de forma espontánea en situaciones sociales, en la expresión de conductas asertivas y para expresar discrepancias. Sin embargo, posee la habilidad de cortar interacciones que no desea mantener y es capaz de hacer peticiones sin excesiva dificultad.

Cuadro 5

Resultados cuantitativos de Inventario de ansiedad de Beck

Puntuación total	Nivel de ansiedad
29	Grave

Fuente: Elaboración propia, mayo (2018)

Según los resultados propuestos por el inventario de Beck, el puntaje obtenido por el usuario es de veintinueve puntos por lo que se encuentra en un nivel de ansiedad grave lo cual causa afecciones en el ámbito psicobiosocial.

Cuadro 6

Resultados cuantitativos de Cuestionario de análisis clínico CAQ

Escala	Puntuación directa	Decatipo
D1 – Hipocondriasis	6	9
D2 – Depresión suicida	11	10
D3 – Agitación	14	8
D4 – depresión ansiosa	8	7
D5 – Depresión baja energía	8	8
D6 – Culpabilidad / resentimiento	9	6
D7 – Apatía retirada	9	9
Pa – Paranoia	8	7
Pp – Desviación psicopática	13	4
Sc – Esquizofrenia	5	7
As – Psicastenia	13	7
Ps – Desajuste psicológico	8	8

Fuente: Elaboración propia, mayo (2018)

Según los resultados obtenidos, el puntaje más alto en el decatipo D2 de depresión suicida indica que el usuario se encuentra insatisfecho con la vida por lo que acoge pensamientos

autodestructivos. Denota rasgos relacionados con Hipocondriasis, según el puntaje referido pues le preocupa su salud y las funciones corporales además denota rasgos apáticos como es el evitar contactos interpersonales debido a que no se encuentra a gusto con más personas.

El decatipo relacionado con la agitación indica que el usuario es incansable, busca excitación además de aceptar riesgos; sin embargo, con frecuencia se preocupa, carece de energía para actuar y experimenta sentimientos de culpabilidad. Puede ser tímido, tiende a perder el aplomo y tener pensamientos recurrentes de inferioridad.

Se encuentra tenso, perturbable, cuenta con sueños molestos, en un nivel cercano al promedio cree que se le persigue, espía, controla o maltrata. Cuenta con impulsos repentinos e incómodos, alejándose de la realidad; le molestan ideas repetitivas, insistentes y hábitos compulsivos. Sin embargo, es una persona sensata que evita implicarse en situaciones ilegales o que conlleven romper las normas.

4.1.9 Impresión diagnóstica

Según el análisis de la información recabada, los síntomas referidos y lo observado el usuario presenta dificultades en la relación de pareja, lo cual lo ha llevado al incremento de rasgos ansiosos dentro de los que destacan la incapacidad para relajarse, temor a que lo peor puede ocurrir, con frecuencia se encuentra severamente asustado nervioso o preocupado.

Además de la sintomatología física que consiste en la sensación de calor constante, latidos del corazón fuertes y acelerados. Adicional a sintomatología ansiosa causada por los conflictos de pareja, denota dificultad en las relaciones interpersonales, denota inseguridad para poder acercarse a otras personas o bien, para poder mantener una conversación con personas de su entorno laboral, además de la dificultad para tomar decisiones; viéndose, además, deteriorada su autoimagen.

4.1.10 Diagnóstico según DSM 5

El diagnóstico asignado es el trastorno de ansiedad generalizada, cumpliendo con todos los criterios que indica el DSM 5 (2014):

- A. Ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses en relación con diversos sucesos o actividades.
- B. El individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (al menos algún síntoma ha estado presente durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): ansiedad y preocupación excesiva, el individuo le es difícil controlar la preocupación, fácilmente fatigado, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño.
- D. La ansiedad y preocupación de los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo y deterioro en lo laboral, social u otra área.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga o un medicamento) ni a otra afección médica.
- F. La alteración no se explica por otro trastorno mental. (p. 222)

Se considera incluir en el diagnóstico la relación conflictiva de pareja, que según el DSM 5 (2014) consiste en:

Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica consiste en abordar la calidad de la relación de pareja (cónyuge o no), o cuando la calidad de dicha relación afecte al curso, pronóstico o al tratamiento de un trastorno mental o médico. Las parejas pueden ser de igual o distinto sexo. Habitualmente un problema de la relación va asociado a un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Entre los ejemplos de problemas conductuales cabe citar la dificultad para la resolución de conflictos, el abandono y la intromisión excesiva. Los problemas cognitivos se pueden manifestar como atribuciones negativas constantes a las intenciones del otro o rechazo de los

comportamientos positivos de la pareja. Los problemas afectivos pueden ser de tristeza, apatía o rabia crónicas contra el otro miembro de una relación. (p. 716)

4.1.11 Recomendaciones

Se sugiere al usuario continuar con el proceso terapéutico, apegado al enfoque cognitivo conductual incluyendo técnicas de logoterapia con el objetivo de reducir los rasgos ansiosos y el malestar significativo que manifiesta.

Se exhorta al usuario a realizar actividades sociales y actividades en pareja para incrementar la sociabilidad y comunicación.

4.1.12 Plan terapéutico

Desde el enfoque cognitivo conductual, Albert Ellis (1997) citado por Ruiz y otros (2012) aporta la idea de que la persona a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad de afrontamiento a nivel cognitivo, que produciría a su vez la modificación a nivel conductual, Ellis refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Según las necesidades del usuario y el diagnóstico se estructuró un plan de tratamiento con base en el enfoque cognitivo conductual a través del cual se trabajarían las creencias irracionales del usuario, dentro de las que destaca la idealización de la pareja. Esto con el objetivo de que el consultante pueda realizar cambios en lo cognitivo que le permitan alcanzar las metas personales que se propuso al inicio del tratamiento.

El abordaje se acompaña de la logoterapia de Viktor Frankl, pues proporciona la guía a un estilo de vida existencial, guiando al paciente a vivir de una manera más auténtica y responsable, es decir con sentido. Dicho acompañamiento fue exitoso pues el usuario alcanzó los objetivos que se propuso al inicio del tratamiento los cuales incluyen disminución de la sintomatología ansiosa,

reducción de la preocupación extrema, identificación y control adecuado de las emociones, incremento de la actividad y convivencia social, así como reducción significativa de los conflictos de pareja.

El plan de tratamiento se planificó sería realizado en quince sesiones semanales, de cuarenta y cinco a cincuenta minutos cada una, el usuario fue constante por lo cual se alcanzaron los objetos antes mencionados.

Cuadro 7
Presentación del plan terapéutico

Problema clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración	Recursos
Ansiedad generalizada	Identificación y reestructuración de creencias irracionales	Identificación de creencias; reestructuración cognitiva; ¿Qué pasaría sí?; pensamientos alternativos; descubrimiento guiado, viejos y nuevos esquemas; proyección en el tiempo	Dichas técnicas se realizarán durante 5 sesiones asignando tareas para casa.	Registro ABC impreso Lapicero Hojas en blanco
Dificultad en el manejo de emociones	Fortalecer el autoconocimiento a través del manejo adecuado de emociones	Inteligencia emocional; (esferas emocionales); dialogo Socrático y autoproyección; autotrascendencia; (diferenciación, afectación, entrega); Biblioterapia)	Dichas técnicas se realizarán en 5 sesiones	Libro El hombre en busca del sentido Lapicero Hojas en blanco
Dificultad en habilidades sociales	Reactivación en el área social	Lista de actividades agradables; habilidades concretas; autoobservación, autoevaluación, reforzamiento de habilidades adquiridas	Dichas técnicas se realizarán en 5 sesiones	Lapicero Hojas en blanco

Fuente: Elaboración propia, junio 2018

4.2 Análisis de Resultados

Como mencionan Clark y Beck (2010) “la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana” (p. 20) dentro de las que se puede mencionar la preocupación excesiva relacionada con la relación conflictiva de pareja; deteriorando el desenvolvimiento social, laboral y principalmente personal pues también se ve comprometida la salud física; esto debido al malestar físico constante que incluye fatiga, tensión muscular y dificultades en el sueño.

Lo cual fue evidente en el usuario de treinta y cuatro años atendido en el Centro de Asistencia Social – CAS – pues la preocupación por mantener una relación con mejor comunicación y menos conflictos era excesiva, llevándolo a generar emociones negativas que difícilmente podía manejar por lo que su conducta en lo social se vio deteriorada. Al notar que la pareja no era quien había idealizado durante bastante tiempo surgieron sentimientos de frustración, acompañados del estado de ánimo irritable.

Como menciona Vinyamata (2003) las personas tienden a enfocarse en la satisfacción de necesidades y la resolución de problemas, al no cumplir con esos dos objetivos surgen los conflictos internos en cada persona. Dichos conflictos al acompañarse de preocupación o anticipación excesiva llevan a quien los padece a desarrollar por completo el trastorno de ansiedad generalizada.

Uno de los factores principales para una adecuada relación de pareja es la comunicación asertiva, sin embargo, menciona Liberman, et al. (1987) que las parejas frecuentemente recurren a expresar lo positivo y negativo del otro de forma poco clara e indirecta por lo que se cae en ambigüedades y malentendidos que fortalecen el conflicto, alargándolo más de lo habitual.

La comunicación deficiente en pareja y las pocas habilidades sociales del usuario afectaron su salud mental, pues el impacto de los constantes conflictos con su conyugue acompañados de las ideas irracionales relacionadas con la idealización de su pareja lo llevaron a sentirse frustrado con la relación y consigo mismo, a realizar actividades adicionales para evitar estar en casa y fatigándose en extremo, se le hacía imposible relajarse y descansar.

Freud (1914) mencionaba que la idealización de una pareja consiste en asignarle características o cualidades exageradas distintas a la realidad que la convierten una persona ideal con quien convivir, apartándose de lo consciente por lo que cuando la persona idealizada deja de comportarse como se espera, el sujeto experimenta frustración pues no se cumplen los estándares esperados y cualquier mínima situación puede convertirse en un conflicto mayor y difícil de controlar.

Beck (1990) demostró que las parejas pueden aprender a ser más razonables con el otro, si su actitud se vuelve humilde, si se reduce la malinterpretación basada en las propias creencias irracionales que llevan a conclusiones negativas en cada situación; esto con ayuda de la terapia cognitiva que se centra en la reestructuración de las creencias irracionales, pues estas son las que definen el actuar del ser humano, viéndose condicionadas las emociones, conductas y principalmente los pensamientos.

Las principales creencias irracionales del usuario se enfocaban en la idealización de la pareja, consideraba de suma importancia que su conyugue tuviera el mismo interés que él por aprender y estudiar constantemente. Mencionaba con frecuencia la idea irracional de que una mujer debía ser responsable consigo misma y saber cuidar de la propia salud para poder ser responsable de otro ser, siendo esta una de las razones por las que evadía la paternidad; otra razón estaba relacionada con el pensamiento irracional de que debía cumplir con obtener un título universitario antes de ser padre, pues consideraba que no estaría lo suficientemente preparado.

Las habilidades sociales son consideradas por Dongil y Cano (2014) como un conjunto de capacidades o destrezas interpersonales que permiten a cada persona relacionarse con otros de forma adecuada; dentro de dichas habilidades se incluye la expresión adecuada de sentimientos, deseos, petición de favores y toma de decisiones, sin importar el contexto o situación en la que se encuentre, sin experimentar malestar significativo como puede ser tensión o ansiedad.

El usuario manifestó retraimiento en el ámbito social, principalmente en el trabajo pues es su principal contacto con otras personas. Al encontrarse con personas con un nivel jerárquico superior se le dificultaba relacionarse por la idea irracional de que él estaba poco o nada preparado

académicamente para entablar una conversación; en lo opuesto evitaba relacionarse con personas con menos estudios o con puestos inferiores al suyo pues consideraba que estaba demasiado preparado intelectualmente para que lo comprendieran, le parecía una pérdida de tiempo tener conversaciones sin un objetivo claro. Por lo que finalmente optó por aislarse, deteriorando aún más sus pocas habilidades sociales.

Se pudo comprobar que la relación conflictiva de pareja influye en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada en un hombre de treinta y cuatro años; a su vez, que el abordaje con el enfoque cognitivo conductual permitió alcanzar los objetivos del proceso psicoterapéutico pues se reestructuraron las principales ideas irracionales que mantenían el conflicto de pareja, realizando además cambios en su conducta que lo llevaron a la activación social, mejorando la interacción con sus compañeros de trabajo, desarrollándose adecuadamente en su vida.

Conclusiones

La preocupación excesiva relacionada con el conflicto de pareja, o bien con la evitación de conflictos puede influir en la salud emocional desarrollando trastornos mentales, siendo el trastorno de ansiedad generalizada uno de los principales en aparecer pues tiene dentro de sus características la anticipación a posibles eventos desafortunados, la preocupación excesiva y dificultades en el desarrollo psicobiosocial.

La comunicación deficiente tiene como consecuencia el incrementar y mantener por más tiempo los conflictos en una pareja, pues al no comunicar asertivamente lo que se piensa y siente deja al interlocutor con una idea equivocada, basada en las propias creencias; entonces, cada uno tendrá una visión distinta de la situación.

Se concluye que las ideas irracionales relacionadas con la idealización de la pareja generan sentimientos de frustración al no cumplirse según la expectativa que se tiene, afectando la relación de pareja pues lo que realice la pareja parecerá inadecuado causando aún más conflictos.

El trastorno de ansiedad generalizada se determina por la preocupación excesiva, además del malestar clínicamente significativo que deteriora el desarrollo social, laboral o escolar. Por lo que la persona tiende a aislarse y a limitar la interacción social.

Recomendaciones

Se sugiere que quienes sufran de un trastorno de ansiedad generalizada o bien reconozcan pensamientos recurrentes y preocupación excesiva con mayor frecuencia que en meses anteriores; así como un incremento en los conflictos la pareja, puedan recibir atención psicológica para obtener herramientas que le sean de ayuda para retomar el equilibrio emocional.

La comunicación asertiva se logra a través del adecuado conocimiento y manejo de emociones, expresando con claridad los pensamientos y emociones que se relacionen con la situación. Se recomienda que, en pareja, se evite el uso de indirectas y sarcasmo, que distorsionan la idea real que se quiere transmitir, así como en lo individual buscar atención psicológica o literatura basada en inteligencia emocional.

Se promueve la utilización del modelo Cognitivo Conductual, pues su principio consiste en mostrarle al paciente que la emoción que experimente en cada situación depende del pensamiento que tenga, definiendo su conducta. Dentro de las técnicas de dicho modelo, se logra la identificación y reestructuración de las creencias o ideas irracionales proporcionando al usuario una visión más amplia de su situación.

A través del reconocimiento de las propias habilidades o la carencia de ellas, el usuario puede identificar las áreas que puede mejorar; por lo que con el apoyo de un profesional de la salud mental podrá desarrollar mayores habilidades sociales con lo que se le facilitará la interacción social.

Referencias

- Beck, A. (1990). **Con el amor no basta: cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja. (1ª. Ed.)**. España: Editorial Paidós.
- Maslow, A. (1991). **Motivación y personalidad**. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Vinyamata, E. (2003). **Conflictología, curso de resolución de conflictos. (5ª. Ed.)**. España: Ciencias Sociales Ariel
- Dongil, E. y Cano, A. (2014). **Habilidades sociales**. España: Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés.
- Nezu, A. y otros. (2006). **Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo – conductuales**. México: Editorial El Manual Moderno.
- Ruiz, M. y otros. (2012). **Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales**. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Liberman, R y otros. (1987). **Manual de terapia de pareja. (9ª. Ed.)**. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Asociación Americana de Psiquiatría, y otros. (2014). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5). (5ª. Ed)**. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

Nombre completo: Cecilia del Rosario Lezama

Título de la sistematización: Estudio de Caso: Ansiedad generalizada en un hombre adulto de 34 años, asociado a relación conflictiva de pareja, atendida en el Centro de Asistencia Social CAS.

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
✓ Constante preocupación	Ansiedad generalizada	1. Ansiedad generalizada, tipos de ansiedad.	¿Cómo influyen los conflictos de pareja en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada en un hombre adulto de 34 años?	Describir como la relación conflictiva de pareja puede influir en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada	1. Determinar las características principales del trastorno de ansiedad generalizada
✓ Conflictos de pareja		2. Relación conflictiva de pareja, comunicación en pareja.			2. Definir las dificultades que surgen en una pareja debido a comunicación deficiente
✓ Dificultad en la toma de decisiones		3. Ideas irracionales relacionadas con la idealización de la pareja			3. Analizar las ideas irracionales que influyen en la idealización de la pareja

✓ Deterioro en el área social					
		4. Habilidades sociales			4. Delimitar el deterioro social causado por el trastorno de ansiedad generalizada

Fuente: Elaboración propia, 2018

Anexo 2

Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA
PRÁCTICA IV

El presente documento explica todos los aspectos relacionados a su participación en las sesiones de consejería y/o terapia psicológica en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana. Por favor léalo atentamente y consulte con terapeuta todas las dudas que surjan.

1. Estudiante /Practicante

La práctica supervisada será conducida por: _____
con número de Documento Personal de Identificación _____ otorgado por el Registro Nacional de las Personas de Guatemala; quien es estudiante del quinto año de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social/Licenciatura en Psicología Educativa de la Universidad Panamericana. Los objetivos de esta práctica son: cumplir el requisito universitario estipulado en el proyecto de carrera y prestar un servicio profesional en el área de Terapia psicológica al usuario del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

El estudiante será acompañado y supervisado por el profesional

docente encargada del curso de Práctica _____.

2. Información de las sesiones de Consejería y/o Terapia

El usuario de la asistencia psicológica del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana es participante del proceso de práctica profesional dirigida de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social/Licenciatura en Psicología Educativa.

Su participación es voluntaria y se le solicitan sesiones semanales que quedarán registradas de forma escrita, con el objeto de que el practicante pueda analizar, dar seguimiento y realizar un informe final de carácter clínico sobre su caso. Las sesiones que se realicen están siendo monitoreadas por un equipo de profesionales en la más estricta confidencialidad para asegurar la eficiencia y excelencia en la atención psicológica que ofrecemos.

3. Confidencialidad

Los datos personales que se obtengan a través de los documentos y registros de cada sesión serán utilizados únicamente con fines de formación académica y solamente por los practicantes y el equipo de profesionales que desempeñan su labor en este centro de asistencia.

Ninguna persona ajena tendrá acceso a su información personal, ni de su avance en las sesiones terapéuticas a menos que usted lo solicite por escrito a la Coordinación del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

Garantizamos la plena confidencialidad de sus datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el manejo de la información y material obtenido en sus sesiones terapia.

4. Revocación del Consentimiento

En el caso de que usted desista participar del proceso de terapia psicológica rogamos lo comunique a su terapeuta, lo más pronto posible. Así mismo, si se ausenta a tres sesiones programadas sin aviso previo o causa justificada, el caso se dará por cerrado, hasta nueva orden dictada por la Coordinación del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

5. Declaración de Consentimiento (usuario adulto)

Yo, _____

he leído el documento de consentimiento informado que se me entregó el día _____ en el mes de _____ del año _____. He comprendido las explicaciones en las entregadas acerca de las sesiones de terapia psicológica facilitados por los practicantes de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social/ Licenciatura en psicología Educativa de la Facultad de Humanidades, Escuela de Ciencias Psicológicas de Universidad Panamericana. He sido informado de la confidencialidad de mis datos por lo que tomo la decisión de participar. También comprendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presento comprometiéndome a informar a mi terapeuta.

Tomando todo esto en consideración y en tales condiciones CONSIENTO mi participación en las sesiones de terapia, así como la utilización de los datos e información vertida en cada sesión.

EXIMO DE FORMA EXPRESA de toda responsabilidad a Universidad Panamericana, así como al estudiante universitario que realiza la práctica supervisada.

Firma _____

Número de DPI: _____

Anexo 3

Entrevista clínica adultos



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ENTREVISTA ADULTOS

Práctica IV

I Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de la entrevista: _____

Referido por: _____

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo:

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlos aquí)

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

II Motivo de Consulta

Motivo de consulta:

¿Cuándo se iniciaron los síntomas?

Actitud de los familiares en relación con su problema:

Consulta y tratamientos previos:

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia:

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.):

Relación con las personas que convive:

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos:

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia:

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación?

¿Durante su primer año de vida se dio algún hecho relevante (médico, emocional y/o conductual)?

Eventos durante la niñez que sean significativos, relacionados con padres, hermanos, parientes cercanos o amigos (separación o divorcio, muerte, etc.):

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones):

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar):

Breve reseña de su escolaridad (desde su inicio hasta la actualidad):

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares):

Relaciones con compañeros y superiores:

Relaciones sociales y personales:

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer amistades):

Primera relación de pareja (edad, manejo por parte de los padres, datos relevantes):

Relaciones de pareja posteriores (datos relevantes, incluir actual):

Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes):

OBSERVACIONES:

Espacio para la realización de genograma

Anexo 4

Examen mental



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

EXAMEN MENTAL

Práctica IV

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____ No. De sesión: _____ Edad del paciente: _____

1. Conducta y aspecto general:

1.1 Aspecto:

____ Peso
____ Altura
____ Aliño
____ Arreglo
____ Higiene
____ Contacto Visual
____ Postura
____ Apetito
____ Sueño
____ Adecuación de
vestuario

1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

____ Cooperador	____ Ansioso
____ Abierto	____ Despreocupado
____ Hostil	____ Distraído
____ Tenso	____ Evasivo
____ Concentrado	____ Lento
____ Atento	____ Desorientado
____ Relajado	____ Amable
____ Repetitivo	____ Inseguro
____ Confiado	____ Retador

Forma en que pasa el día:

Observaciones:

1.3 Conducta motora:

- Mov. estereotipado Aumento de actividad motora
 Mov. lento Disminución de actividad motora
 Mov. rápido

2. Estado de la cognición y del sensorio:

2. 1 Orientación en persona Orientación en lugar
 Orientación en tiempo
2. 2 Atención Concentración
2. 3 Memoria a corto plazo Memoria mediano plazo
 Memoria largo plazo
2. 4 Inteligencia: _____

3 Discurso:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habla incesante | <input type="checkbox"/> Usa expresiones extrañas |
| <input type="checkbox"/> Habla escasa | <input type="checkbox"/> Usa palabras sin sentido |
| <input type="checkbox"/> Habla espontánea | <input type="checkbox"/> Fuga de ideas |
| <input type="checkbox"/> Habla fluida | <input type="checkbox"/> Concreto |
| <input type="checkbox"/> Habla escueta | <input type="checkbox"/> Circunstancial |
| <input type="checkbox"/> Discurso rápido | <input type="checkbox"/> Tangencial |
| <input type="checkbox"/> Discurso lento | <input type="checkbox"/> Bloqueos |
| <input type="checkbox"/> Discurso vacilante | <input type="checkbox"/> Disociaciones |
| <input type="checkbox"/> Discurso explosivo | <input type="checkbox"/> Reiteraciones |
| <input type="checkbox"/> Expresión precisa | <input type="checkbox"/> Perseverancias |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expresión | <input type="checkbox"/> Incoherencias |
| <input type="checkbox"/> Se pierde en interrupciones | <input type="checkbox"/> Incongruencias |
| <input type="checkbox"/> Cambio de tema frecuente | <input type="checkbox"/> Neologismos |
| <input type="checkbox"/> Prolijidad | <input type="checkbox"/> Pararespuestas |
| <input type="checkbox"/> Usa palabras apropiadas | <input type="checkbox"/> Debe consignarse |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Balbuceo |
| <input type="checkbox"/> Vago | <input type="checkbox"/> Tartamudeo |

4 Contenido del pensamiento (Contenido neurótico- no fuera de realidad)

Ansiedad Temores Pensamiento morboso

Ideas obsesivas: _____

Compulsiones y rituales: _____

Fobias: _____

Ideas delirantes: _____

Ideas suicidas: _____

Planes a futuro _____

¿Qué es lo que más le preocupa en este momento? _____

¿Las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño y/ o apetito?

Si _____ NO _____

5 Creencias y experiencias anormales

5.1.1 En relación al ambiente:

ilusiones alucinaciones delirios

ideas de referencia interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación con el cuerpo: ideas delirios

5.1.3 En relación con sí mismo: intrusiones lectura de pensamiento delirios de influencia

5.2 Experiencias anormales:

5.2.1 Al medio ambiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones auditivas | <input type="checkbox"/> alucinaciones táctiles |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales | <input type="checkbox"/> sentimientos de extrañeza |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones olfatorias | <input type="checkbox"/> perplejidad |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones gustativas | <input type="checkbox"/> sensación de ubicuidad |

5.2.2 Al cuerpo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores | <input type="checkbox"/> alteraciones en sensibilidad |
| <input type="checkbox"/> Somatizaciones | <input type="checkbox"/> alteraciones en esquema corporal |
| <input type="checkbox"/> Creencias de enfermedad | <input type="checkbox"/> alucinaciones cenestésicas |

5.2.3 Al Yo:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> disociación | <input type="checkbox"/> despersonalización | <input type="checkbox"/> retardo de ideas autónomas |
| <input type="checkbox"/> Bloqueos | <input type="checkbox"/> pensamiento forzado | |

6. Afectividad:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afecto plano | <input type="checkbox"/> Afecto eutímico | <input type="checkbox"/> Expansión |
| <input type="checkbox"/> Afecto hipotímico | <input type="checkbox"/> Afecto hipertímico | <input type="checkbox"/> Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Embotamiento | <input type="checkbox"/> Labilidad emocional | <input type="checkbox"/> Culpa |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Pánico | <input type="checkbox"/> Miedo |
| <input type="checkbox"/> Elación | <input type="checkbox"/> Hostilidad | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Calma | Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Susplicacia | <input type="checkbox"/> Aflicción | |
| <input type="checkbox"/> Alegría | <input type="checkbox"/> Perplejidad | Tono afectivo durante la entrevista y |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Aburrimiento | situaciones en las que se altera: |

Congruencia de afecto con discurso

Afecto al nivel de intensidad apropiado

¿Expresión de verdaderos
sentimientos? _____

7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual: _____

Insight _____

Enfermedad: mental nerviosa física relacionados con problema personal

Tipo de ayuda que espera: _____

Origen que atribuye a su problema: _____

Actitudes y expectativas: constructivas destructivas
 Realistas irrealistas

8. Sentimientos del entrevistador hacia el paciente:

_____ Simpatía	_____ Frustración	_____ Dificultad	_____ de	_____ la	_____ entrevista:
_____ Interés	_____ Impaciencia	_____	_____	_____	_____
_____ Tristeza	_____ Enojo	_____	_____	_____	_____
_____ Ansiedad	_____ Otro:	_____ Observaciones:	_____	_____	_____
_____ Irritabilidad	_____	_____	_____	_____	_____

9. Personalidad:

9. 1 Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

_____ Ansioso	_____ dirigente	_____ seguidor
_____ Responsable	_____ capaz de tomar decisiones	_____ amistoso

___ Cálido	___ demostrativo	___ reservado
___ Frío	___ indiferente	___ competitivo
___ Celoso	___ dominante	___ seguro
___ Sumiso	___ sensible	___ inseguro
___ Suspicaz	___ pendenciero	___ dependiente
___ resentido	___ autoritario	___ independiente
___ Agresivo	___ seductor	___ introvertido
___ Extrovertido	___ ambivalente: _____	

Capacidad para hacer y mantener relaciones: _____

Dificultad para aceptar su papel en cuanto a sexo, familia y trabajo: _____

Actitud hacia su propio sexo: _____

9. 2 Actitudes hacia sí mismo:

___ Indulgente	___ egocéntrico	___ vano
___ Histriónico	___ crítico	___ despectivo
___ preocupado	___ cohibido	___ limpio
___ Minucioso	___ escrupuloso	___ negligente
___ descuidado	___ se auto valora	
___ Satisfacción consigo mismo		

Ambiciones y metas: _____

Actitudes hacia su salud: _____

Actitud hacia éxitos y fracasos: _____

9. 3 Actitudes morales y religiosas:

___ comprometido	___ no comprometido	___ crítico
___ Disoluto	___ moderado	___ permisivo
___ Escrupuloso	___ conformista	___ rebelde
___ Flexible	___ rígido	

Creencias religiosas que profesa: _____

9. 4 Humor y ánimo:

___ Estable ___ cambiante ___ optimista ___ pesimista
___ Irritable ___ preocupado ___ tenso ___ práctico
___ inhibido ___ abierto ___ expresivo
___ habilidad para expresar y controlar emociones

9. 5 Intereses y actividades:

___ usa tiempo libre solo ___ con pocos amigos
___ con muchos amigos ___ con familia

9. 6 Fantasías:

___ sueños repetitivos ___ sueños impresionantes ___ sueña despierto

9. 7 Reacción a situaciones críticas:

___ Tolerancia a frustración ___ tolerancia a pérdida
___ desilusiones ___ insatisfacción de necesidades biológicas
___ insatisfacción de necesidades sociales ___ uso de mecanismos de defensa: _____

9. 8 Rasgos del carácter:

___ Pasivo ___ agresivo ___ pasivo- agresivo ___ esquizoide
___ Neurótico ___ paranoide ___ psicopático ___ asténico

Otro: _____

