

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



**Estudio de Caso: Trastorno de Adaptación en una Mujer de 55 Años,  
Atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

María Leonor Gressi López

Guatemala, agosto 2019

**Estudio de Caso: Trastorno de Adaptación en una Mujer de 55 Años,  
Atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

María Leonor Gressi López

M. A. Diana Sierra de Gamalero (Asesora)

Lcda. Alexandra Margarita Trigueros de Vargas (Revisora)

Guatemala, agosto 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      |
| Secretario General         | EMBA Adolfo Noguera Bosque              |

## **Autoridades Facultad de Humanidades**

|            |                               |
|------------|-------------------------------|
| Decano     | M.A. Elizabeth Herrera de Tan |
| Vicedecano | M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez    |

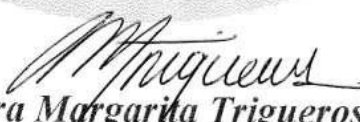
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes febrero del año 2019.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **“Estudio de caso: Trastorno de Adaptación de una mujer de 55 años atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS),”** Presentado por el (la) estudiante: **María Leonor Gressi López** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne 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. Diana C. Sierra D. de Gamalero**  
**Asesora**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes mayo del año 2019.

En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: “Estudio de Caso: Trastorno de Adaptación en una Mujer de 55 Años, Atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)”. Presentada por el (la) estudiante: María Leonor Gressi López, 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. Alexandra Margarita Trigueros de Vargas  
Revisor

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

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de Caso: Trastorno de Adaptación en una Mujer de 55 Años, Atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)", presentado por el (la) estudiante María Leonor Gressi López, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, **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

|  |            |
|--|------------|
| <b>Resumen</b>                             | <b>i</b>   |
| <b>Introducción</b>                        | <b>iii</b> |
| <br>                                       |            |
| <b>Capítulo 1 Marco de Referencia</b>      | <b>1</b>   |
| 1.1 Antecedentes                           | 1          |
| 1.2 Descripción                            | 2          |
| 1.3 Ubicación                              | 3          |
| 1.4 Organización                           | 4          |
| 1.5 Visión                                 | 5          |
| 1.6 Misión                                 | 5          |
| 1.7 Programas Establecidos                 | 5          |
| 1.8 Justificación de la Investigación      | 6          |
| <br>                                       |            |
| <b>Capítulo 2 Marco Teórico</b>            | <b>7</b>   |
| 2.1 Definición del Trastorno de Adaptación | 7          |
| 2.1.1 Etiopatogenia                        | 7          |
| 2.1.2 Síntomas                             | 8          |
| 2.1.3 Subtipos                             | 8          |
| 2.1.4 Factores de Riesgo                   | 8          |
| 2.1.5 Incidencia                           | 9          |
| 2.1.6 Pronóstico                           | 9          |
| 2.1.7 Factores Emocionales                 | 9          |
| 2.1.8 Factores Familiares                  | 10         |
| 2.1.9 Factores Sociales y Culturales       | 10         |
| 2.2 Otros Factores Desencadenados          | 10         |
| 2.2.1 Estrés y Estrés Psicológico          | 10         |
| 2.2.2 Depresión                            | 11         |
| 2.2.3 Ansiedad                             | 11         |



|  |           |
|--|-----------|
| 2.3 Problemas Relacionados con el matrimonio | 12        |
| 2.3.1 Infidelidad                            | 12        |
| 2.3.2 Tipos de Violencia                     | 13        |
| 2.3.3 Consecuencias                          | 16        |
| 2.3.4 Factor de Incertidumbre                | 16        |
| <b>Capítulo 3 Marco Metodológico</b>         | <b>17</b> |
| 3.1 Planteamiento del problema               | 17        |
| 3.1.1 Problemática del caso de estudio       | 18        |
| 3.2 Pregunta de Investigación                | 19        |
| 3.3 Objetivo general                         | 19        |
| 3.4 Objetivos Específicos                    | 19        |
| 3.5 Alcances y Limitaciones                  | 20        |
| 3.6 Metodología                              | 20        |
| <b>Capítulo 4 Presentación de Resultados</b> | <b>24</b> |
| 4.1 Sistematización del estudio de caso      | 24        |
| 4.1.1 Motivo de Consulta                     | 24        |
| 4.1.2 Historia del Problema Actual           | 24        |
| 4.1.3 Historia Clínica                       | 25        |
| 4.1.4 Historia Familiar                      | 27        |
| 4.1.5 Examen del Estado Mental               | 28        |
| 4.2 Interpretación de resultados             | 29        |
| 4.2.1 Resultados de las Pruebas              | 29        |
| 4.2.2 Impresión Diagnóstica                  | 33        |
| 4.2.3 Recomendaciones                        | 35        |
| 4.2.4 Plan Terapéutico                       | 35        |
| 4.2.5 Análisis de Resultados                 | 38        |
| Conclusiones                                 | 41        |

|                 |    |
|-----------------|----|
| Recomendaciones | 42 |
| Referencias     | 43 |
| Anexos          | 46 |

### **Lista de cuadros**

|   |    |
|---|----|
| Cuadro No. 1 Pruebas e instrumentos aplicados   | 29 |
| Cuadro No. 2 Resultados Cuantitativos CAQ       | 31 |
| Cuadro No. 3 Interpretación Cuantitativa WHODAS | 32 |
| Cuadro No. 4 Inventario de depresión de Beck    | 33 |
| Cuadro No. 5 Presentación del plan Terapéutico  | 37 |

### **Lista de imágenes**

|  |    |
|--|----|
| Figura No. 1 Ubicación Georreferencial                   | 3  |
| Figura No. 2 Organigrama del Centro de Asistencia Social | 4  |
| Figura No. 3 Genograma                                   | 27 |

## **Resumen**

Este trabajo presenta el caso de estudio realizado como parte de la práctica profesional dirigida, de quinto año de la carrera de Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, campus central zona 16, de la ciudad de Guatemala. Como parte del proceso de práctica la estudiante María Leonor Gressi López, se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social (CAS), de dicha universidad, ubicado en la 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina, tercer nivel, de la ciudad capital. El tiempo de duración de la práctica estuvo comprendido en los meses de enero a noviembre 2017.

El capítulo 1 describe el Marco de Referencia. Este cuenta con información descriptiva, estructurada y detallada de los precedentes de la institución, tales como: ubicación de la misma, visión, misión, así como los programas establecidos, horarios y a su vez se describe la justificación detallada de esta investigación.

El Marco Teórico se encuentra en el capítulo 2. En él se expone la base teórica del trabajo de investigación sobre el trastorno de adaptación. Se describen de manera detallada y utilizando diferentes fuentes, los desencadenantes y síntomas observados en la paciente.

El Marco Metodológico, se desarrolló en el capítulo 3. En dicho capítulo se abordan el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites, así como la metodología utilizada en el caso de estudio. La metodología utilizada corresponde al método cualitativo-descriptivo, tomando como sujeto de estudio a una paciente. El procedimiento requirió de la evaluación para lo que se conformó una batería de pruebas de psicodiagnóstico para establecer el diagnóstico y el plan terapéutico.

Los resultados de la investigación se describen en el capítulo 4. En él se presenta información importante de la paciente, como datos generales, motivo de consulta, historia del problema, entre otros. Dicho capítulo también incluye las conclusiones y recomendaciones del análisis de los resultados.

## **Introducción**

El trastorno de adaptación puede darse cuando una persona, ya sea niño, adolescente o adulto, se ve sometido a una fuerte descarga de estrés provocado por un evento que lo desencadena; llevándolo a nivel de patología si no es atendido a tiempo. Tomando en cuenta los criterios del DSM 5, la persona lo manifiesta después de 3 meses de haber sufrido el estresor. Según el DSM 5, existe evidencia de que el trastorno de adaptación se da más en mujeres que en hombres, y en niños la cantidad es mayor que en el caso de los adultos.

El presente estudio de caso se llevó a cabo de la siguiente forma: primero surgió una pregunta de investigación, la misma derivó en el objetivo planteado, el cual analiza el impacto que generó la separación conyugal debido a la infidelidad del cónyuge de la paciente en estudio. Dando como resultado la evaluación de la dificultad de adaptación a nivel personal, familiar, social y conductual, que la separación provocó en la consultante.

El trabajo de práctica profesional dirigida se realizó con una mujer adulta, casada, con dos hijos mayores. En ese momento, la paciente presentaba desadaptación al medio. La paciente fue referida al Centro de Asistencia Social de la universidad Panamericana, donde se le brindó acompañamiento y apoyo psicológico necesario. Durante el proceso de psicodiagnóstico se utilizaron distintas pruebas de evaluación. A partir de los resultados de las mismas, se procedió a establecer el diagnóstico y realizar un abordaje terapéutico acorde a las necesidades de la consultante.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### **1.1 Antecedentes**

La implementación del Centro de Asistencia Social (CAS), surge como proyección social, o bien como responsabilidad social universitaria. La Universidad Panamericana, se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable, de alto nivel. Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la Facultad de Humanidades, en la Escuela de Ciencias Psicológicas, con el fin de que los estudiantes de las prácticas profesionales puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. CAS es una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral a costo social.

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, CAS, cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes de las diferentes carreras de la Escuela de Psicología, proporcionando supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que las mismas carreras requieren, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes. Como parte de la preparación académica, CAS fomenta los principios y valores fundamentales de ética y moral, reforzando la práctica de principios y valores en los profesionales de la psicología, contribuyendo así a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

## 1.2 Descripción

El centro de Asistencia Social (CAS), nació en abril del 2015 a raíz de una necesidad en la sociedad guatemalteca de optar por una atención profesional psicológica, con un precio accesible para todos. La Universidad Panamericana se proyecta a través de CAS, buscando impactar por medio de un servicio responsable y de alto nivel profesional; proveyendo un espacio seguro y viable de expresión y reestructuración de la salud mental.

El CAS, ha ido creciendo a lo largo de tres años de su fundación. Durante este tiempo se ha dejado ver el interés que tiene por la población guatemalteca y a la población estudiantil de la Universidad Panamericana, para que siga desarrollándose profesionalmente. El Centro es coordinado por la licenciada María Fernanda Ramírez quien junto a la licenciada Claudia Ramos, auxiliar del centro, prestan un acompañamiento empático de apoyo y supervisión a todos los practicantes de área psicológica.

Cuando se inició El Centro de Asistencia Social, en abril de 2015, lo hizo con 8 practicantes y un aproximado de 100 pacientes atendidos durante ocho meses que duró la práctica en ese año. En el 2016 se incrementó la cantidad de practicantes, ascendiendo a 46 estudiantes de las carreras de Psicología Clínica y de Educación. En ese mismo año, la cifra de pacientes también se elevó a 500 atendidos en el centro durante los 10 meses que duró la práctica profesional dirigida. En el presente año, 2017, sube de nuevo el número de practicantes a 52, prestando servicios de calidad a un total de 539 pacientes.

Como toda institución, CAS sigue en crecimiento y desarrollo, mejorando en todo lo relacionado al abordaje terapéutico y motivando a la población que participa en el proceso por medio de la formación de profesionales dispuestos a servir en el ámbito de salud mental a la sociedad residente en Guatemala.

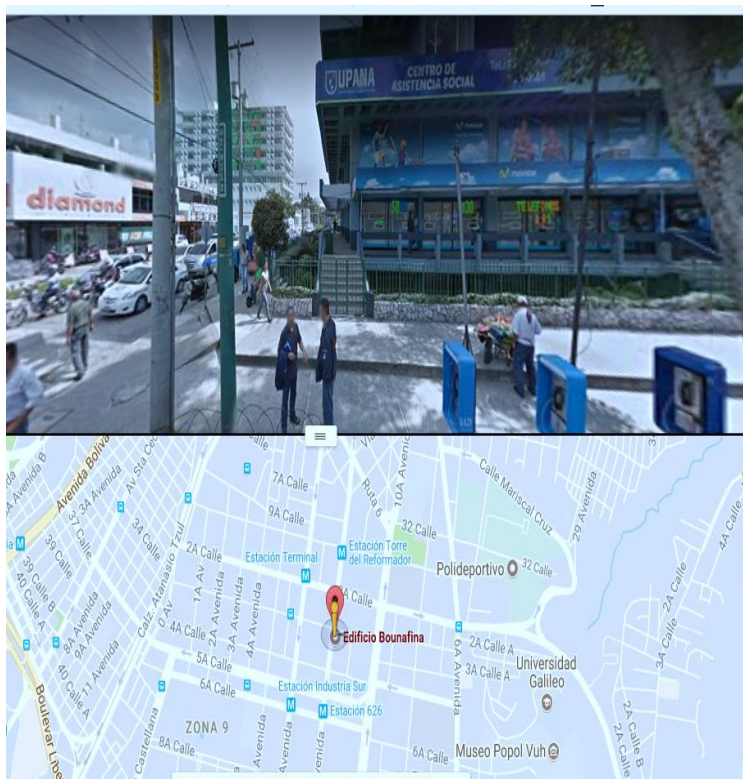
El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana en la Ciudad de Guatemala actualmente cuenta con 8 cubículos para la atención de los usuarios, una bodega de material, sala

de reuniones, oficina para la coordinadora del centro, cocineta para la preparación alimentos y bebidas, dos baños, sala de espera y área de secretaría. El Centro también cuenta con un sistema de circuito cerrado para vigilancia en los pasillos y sala de espera con el fin de resguardar la seguridad de los pacientes, personal y practicantes del Centro. El proceso de la práctica supervisada de psicología clínica se inició el 16 de febrero del 2017, asistiendo los jueves y sábados, aunque el centro permanece abierto de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm y los días sábados de 8:00 am a 2:00 pm.

### 1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social CAS, se encuentra ubicado en 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. Nivel.

**Figura No. 1**  
**Ubicación Georeferencial**



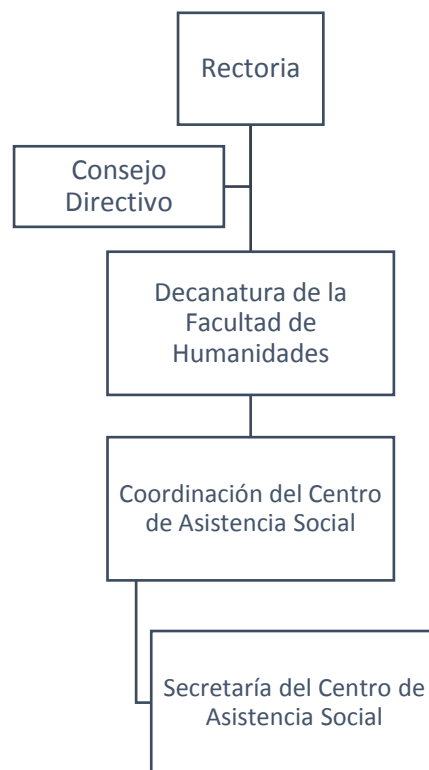
Fuente: Google Earth 2017



## 1.4 Organización

En el siguiente organigrama, se visualiza la estructura organizativa del Centro de Asistencia Social. La supervisión directa de la estructura de CAS se ejerce desde la decanatura de la Facultad de Humanidades de UPANA, delegándose el buen funcionamiento del mismo a la Coordinación del CAS. El centro actualmente cuenta con dos psicólogas colegiadas, incluyendo la coordinadora del Centro, que prestan el servicio de apoyo y supervisión in-situ para los estudiantes practicantes.

**Figura No. 2**  
**Organigrama del Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana**



Fuente: Centro de Asistencia Social CAS

## 1.5 Visión

La visión de CAS, de acuerdo a la información proporcionada por la Directora del Centro, se establece como la siguiente: " 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."

## 1.6 Misión

La misión de CAS, de acuerdo a la información proporcionada por la directora del centro, se establece de la siguiente forma: "Nuestra misión es brindar asistencia Social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida."

## 1.7 Programas establecidos

Se proporciona apoyo psicológico y de consejería social por practicantes de la Universidad Panamericana a las personas que lo solicitan. Entre los usuarios del CAS se encuentran niños, adolescentes y adultos. El servicio se proporciona a un costo moderado para que esté al alcance de todos. Aparte del servicio de apoyo psicosocial y la ayuda emocional, se implementaron los servicios de escuela para padres.

## 1.8 Justificación de la investigación

Los estudiantes del 5º año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, realizan trabajo de campo con el objetivo de optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. Dicha práctica profesional supervisada, se realiza en el Centro de Asistencia Social de la Universidad. El desarrollo de la misma implica el desenvolvimiento en el área clínica con diferentes tipos de consultantes que demandan apoyo en situaciones que les están causando malestar psicológico y emocional.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1 Definición del Trastorno de Adaptación**

Batlle (2009) explica que:

El trastorno de Adaptación es una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o un cambio en la vida al cual la persona no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable (porque sus componentes emocionales y conductuales resultan de mayor intensidad o son más incapacitantes que lo esperado) ante esa situación o al cambio. La reacción debe producirse en un lapso de tres meses posteriores al suceso o al cambio que provoca el estrés (pag, 8).

##### **2.1.1 Etiopatogenia**

Lo que desencadena esta categoría de trastorno en una persona es consecuencia directa de un estrés agudo causado por un acontecimiento traumático sostenido, como: pérdida involuntaria del trabajo, el divorcio o muerte del esposo (Sandin, 2002). Sin estos sucesos vitales difícilmente se hubiera desarrollado la patología. Aun así, es difícil predecir qué tipo de persona puede presentar o tiene predisposición a sufrir un trastorno de adaptación. Por lo tanto, la intensidad y la duración del estresor están relacionados con la aparición de la patología. Así mismo la vulnerabilidad individual podría ser una puerta abierta a la aparición del mismo. Un suceso vital como el divorcio o la separación puede ser diferencialmente estresante en función de la experiencia crónica previa (Cardona, 2008).

Según la CIE 10 (2000), es requisito que los síntomas se manifiesten antes de un mes de la aparición del fenómeno estresante, mientras que el DSM 5 (2014) la alteración comienza dentro

de los 3 meses del inicio de un factor de estrés y no dura más de 6 meses después de haber cesado el agente estresante o sus consecuencias.

### 2.1.2 Síntomas

Los síntomas del trastorno de adaptación pueden variar según la persona que lo presenta. En algunas personas se evidencia a través de los siguientes síntomas: tristeza, abatimiento, desesperanza, baja autoestima, aislamiento social, dificultades económicas o conflictos interpersonales incrementados, deterioro significativo en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento (DSM 5).

### 2.1.3 Subtipos

De acuerdo con el DSM 5, el trastorno puede clasificarse con los siguientes subtipos:

309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido.

309.24 (F43.22). Con ansiedad.

309.28 (F43.23). Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.

309.3 (F43.24). Con alteración de la conducta.

309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones y la conducta.

309.9 (F43.20) Sin especificar. (DSM 5).

### 2.1.4 Factores de Riesgo

Todas las personas tienen situaciones de fuerte estrés a lo largo de sus vidas, pero no todas desarrollan un trastorno adaptativo; esto quiere decir que existe una vulnerabilidad en la personalidad a sufrir dicha patología. El desarrollo de dicho trastorno puede estar relacionado con el funcionamiento del sistema nervioso o incluso por la edad en la persona que lo sufre, baja autoestima, condiciones de vida poco favorables marcadas por la carencia de recursos tanto

internos como externos o no contar con un sistema de apoyo social. (Londoño, et. al. Marín, Juárez, palacio, Muñiz, Escobar, Agudelo, Toro, Pinilla. Villegas, Rojas, Arango, Restrepo y López, 2010).

En el caso de la paciente en el momento en el cual se activa el estresor, ella se encontraba en otro país donde no contaba con un sistema de apoyo adecuado. Esta situación pudo ser un factor de riesgo para que este trastorno se desarrollara.

### 2.1.5 Incidencia

Se puede mencionar que el porcentaje de consultantes con este diagnóstico es del 5 al 20 %. Los reportes de hospitales generales presentan un reporte del 20 al 30 % de pacientes con cáncer recién diagnosticado (Raffo, 2009).

### 2.1.6 Pronóstico

Al reforzar el self de la persona que sufre problemas adaptativos, se obtienen resultados positivos para que retome sus actividades cotidianas.

### 2.1.7 Factores emocionales

Entre los factores que afectan la dimensión emocional de la mujer; víctima de cualquier tipo de violencia dentro del hogar se incluyen: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, burlas, actitudes devaluatorias, de abandono que provocan en la mujer deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad (Pérez, Valdez, Rodríguez, 2010). Esto permite que la mujer esté propensa a sufrir problemas de inteligencia emocional, asertividad y afrontamiento.

### 2.1.8 Factores familiares

La ruptura matrimonial es un hecho que, en la actualidad afecta tanto a los esposos como a los hijos, sin importar las edades que estos tengan. Este es un proceso que tiene el potencial de afectar la vida de los integrantes del núcleo familiar en su dinámica interpersonal, la economía, seguridad, cambios sociales y personales. Por lo anteriormente dicho se considera que la familia en sí sufre conflictos de relación, mostrando características de atravesar el duelo respectivo y la necesidad de sentirse seguros (Guinart, 2015).

### 2.1.9 Factores Sociales y Culturales

Los antecedentes investigativos identifican la importancia de estudiar los estresores como factores asociados con trastorno mentales. En todos los países del mundo los factores sociales y culturales son elementos importantes que pueden causar un mayor grado de estrés en las personas que están atravesando problemas maritales. La mujer, principalmente, se ve seriamente influenciada por los paradigmas que encierran su feminidad al lado de una pareja que le provea seguridad y acompañamiento vital (Sandín, 2002).

## 2.2 Otros Factores Desencadenados

### 2.2.1 Estrés y estrés psicológico

El estrés se define como un estado de tensión excesiva resultante de una actividad brusca y continuada, nociva para el organismo. El estrés es una reacción de ajuste. Como reacción origina tensión a nivel físico y psicológico mediante la estimulación del organismo humano, el cual le sirve al individuo para enfrentar los estímulos externos que comprometen la vida (Cardona, 2008).

Una reacción al estrés es el miedo, que da la pauta a luchar o la huida. La reacción al estrés depende de los recursos de la persona ante éste y puede lograr la adaptación. Cardona (2008) explica que:

“La adaptación moviliza energías físicas y fisiológicas, realizando las transacciones que sustentan las necesidades propias y las demandas del medio. Cada proceso de adaptación es individual e irrepetible, según la personalidad del paciente, quien responde al estrés psicológico” (pag. 6).

### 2.2.2 Depresión

El adulto, cuando atraviesa una etapa de divorcio sufre de problemas emocionales y psicológicos. Uno de los más presentes es la depresión. La separación o divorcio produce una ruptura tanto en lo familiar, social e incluso económico. Las mujeres, tienen tendencia a establecer vínculos emocionales muy potentes, por lo tanto, la ruptura de esos vínculos produce problemas emocionales como la depresión. Al sufrir una pérdida de un ser amado la mujer como el hombre se ve obligado a adaptarse al cambio, superar lo ocurrido y aceptar la pérdida (Cedeño, 2015). En muchas ocasiones las personas no cuentan con las herramientas necesarias para adaptarse a los cambios que la separación conlleva, por eso buscan acompañamiento psicológico para adquirir conductas mejor adaptativas, y que los síntomas de depresión se desvanezcan para aprender de nuevo a disfrutar de la vida con lo que posee (Oblitas, 2008).

### 2.2.3 Ansiedad

Reyes (2010) la define así:

“La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje. Además, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a



mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades” (pág. 10).

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad) (Reyes, 2010). El diagnóstico de trastorno de Adaptación con estado de ánimo ansioso (TAA), debe considerarse con pacientes que presentan síntomas de ansiedad. Además de estar experimentando un estresor psicosocial importante y no cumplen criterios de un trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de adaptación no debe diagnosticarse si los síntomas ansiosos persisten más de 6 meses (Reyes, 2010).

## 2.3 Problemas Relacionados con el matrimonio

El hecho de la ruptura familiar es un suceso que en la actualidad afecta a un gran número de adultos y niños. Este es un proceso que tiende a afectar potencialmente la vida de las personas y desencadenar acontecimientos y cambios, como: económicos, sociales, personales y familiares. Por lo tanto, esto hace que se perciba más la sensación de vacío existencial (Guinart, 2015). Entre los diferentes factores que pueden provocar una separación o divorcio podemos mencionar: infidelidad y violencia.

### 2.3.1 Infidelidad

Históricamente, la infidelidad es considerada como el rompimiento de un contrato firmado de exclusividad sexual entre dos personas, ya sea que están comprometidas, casadas o en cohabitación. A continuación, se describen dos variables de la infidelidad: La infidelidad física y emocional. Estas difieren en diversos aspectos, en su caracterización y en sus efectos en la relación primaria. La infidelidad física se refiere a la relación sexual con una tercera persona y la infidelidad emocional además de caracterizarse por un componente físico, es definida por la

intimidad emocional, la conexión en común de dos personas y por la exclusión de uno de los integrantes de su pareja primaria (García, Rivera, Díaz, 2011).

Independientemente de las variables empleadas para explicar y predecir la infidelidad, la experiencia de pérdida es universal por parte de las personas implicadas en relaciones íntimas en las que su pareja es sexual o emocionalmente infiel. El impacto de la infidelidad sugiere que en gran medida el bienestar emocional y psicológico de la persona, depende de la entrega en la relación con el otro. En esta entrega espera tener cubiertas algunas necesidades (intimidad sexual y emocional) con su pareja. Por todo esto se considera exclusivas dentro del vínculo de la relación. Cuando la persona se arriesga a salir de la relación primaria para satisfacer dichas necesidades, está violentando el compromiso con su pareja y rompe la confianza sobre la cual se edificó la relación (Gonzales, Martínez y Martínez, 2009)

### 2.3.2 Tipos de Violencia

Cuando se habla de violencia en la familia, diversos estudios demuestran que ha ido en aumento en las últimas 2 décadas. En realidad, la familia es el foco de violencia más destacado en nuestra sociedad. Por extraño que parezca, el hogar, lugar en principio de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano; puede ser sitio de riesgo para las conductas violentas (Odrizola y Corral, 2011).

Las mujeres parecen sentirse incapaces escapar del control de sus agresores, al estar sujetas a ellos ya sea por la fuerza física, la dependencia emocional, el aislamiento social o distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales. Con mucha frecuencia el varón maltratador ha conseguido los objetivos deseados con los comportamientos agresivos anteriores. Es decir, la violencia puede ser un método sumamente efectivo y rápido para salirse con la suya. A su vez la sumisión de la mujer puede quedar también consolidada porque, con un comportamiento pasivo, consigue evitar las consecuencias negativas derivadas de una conducta violenta por parte de la

pareja. Todo esto explica junto a otras variables, la perpetuación en el tiempo, de tipos de relación insanos (Odrizola y Corral, 2011).

Valdéz, Rodríguez y Félix (1985) explican que:

“Para alcanzar el desarrollo de las mujeres, la plataforma de acción de Beijing (1985) establece que la educación es un instrumento indispensable ya que promueve que se conviertan en agentes de cambio hacia la equidad. Un estudio comparativo sobre la violencia doméstica en nueve países en desarrollo mostró que las mujeres educadas tienden a rechazar más la práctica de la violencia doméstica. Sin embargo, las discrepancias encontradas en cada país sobre el maltrato a las mujeres no permitieron correlacionar el nivel de educación con la violencia hacia ellas (pag. 247).

La violencia se manifiesta en forma física como en otras formas en las que se oprime, imposibilita o se violan las garantías individuales de las personas. Todo concuerda que la violencia es cualquier acto ejercido contra la dignidad de la mujer sin importar su origen, raza, cultura o religión (Casique y Ferreira, 2006).

En Guatemala existe el INE, Instituto Nacional de Estadística, el cual es el responsable de dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 20 de la Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer (decreto 20-2008), en el cual se norma que dicha institución “está obligada a generar, con la información que deben remitirle otras instituciones como la Policía, Nacional Civil, el Ministerio Público, el INACIF (Instituto Nacional de Ciencias Forenses) y hospitales, debiendo crear un Sistema Nacional de información sobre la Violencia contra la Mujer (según artículo 3 inciso j) de la ley en mención. Violencia contra la Mujer se entiende como: “Toda acción y misión basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual, económico o psicológico para la mujer; así como amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de a libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado” (INE, 2017).

El INACIF reportó en un análisis realizado del 2008-2016, durante nueve años analizados se puede observar que 6 mil 423 mujeres han muerto, vinculadas con causas violentas.

Se lee en “El Periódico” (un diario nacional), (9/06/18), que “el agresor inicia con mensajes intimidatorios de desprecio, amenazas, y busca que la víctima crea que es inferior a él, y sobre todo que no tiene que denunciar porque tendrá graves consecuencias, posteriormente golpea y agrede, de esa forma confirma su condición de agresor y demuestra que es capaz de hacerlo, por último, amenaza en agredir o matar familiares si la víctima llega a denunciarlo, puntualizó el licenciado en psicología Julio Cesar Méndez (por: Julio E. Santos. El periódico.com.gt).

Según Casique y Ferreira (2006) existen diferentes tipos de violencia hacia la mujer, entre los cuales se pueden mencionar:

- **Violencia física:** La violencia física es entendida como toda acción que implica el uso de la fuerza contra la mujer en cualquier edad y circunstancia, pudiendo manifestarse por paradas, mordidas, pellizcos, lanzarle objetos, empujones, bofetadas, golpes, lesiones con arma blanca, arañones, coscos en la cabeza, o cualquier acto que atente contra la integridad física, produciendo marcas, heridas, quemaduras, fracturas o lesiones abdominales en el cuerpo.
- **Violencia psicológica:** Es un tipo de violencia detectada con más dificultad, ya que las víctimas presentan cicatrices de tipo psicológica, difícilmente observable. Una investigación realizada en Chile identificó diferentes formas de maltrato psicológico, el autor las clasificó de la siguiente manera: Abuso verbal, intimidación, amenazas, aislamiento, desprecio.
- **Violencia sexual:** Es todo acto forzado que va en contra de la decisión de la mujer de no tener relaciones sexuales, aun sea el esposo o conviviente de esta.
- **Violencia económica:** Control abusivo de las finanzas, imponer recompensas o castigos monetarios, impedir a la mujer que trabaje, aunque sea necesario para manutención de la familia.

### 2.3.3 Consecuencias

La violencia no solo causa daños físicos y psicológicos en las mujeres, si no también implica riesgos para sus hijos. Presenciando la violencia dentro de la familia, se incrementan en los hijos las probabilidades de sufrir depresión, ansiedad, trastornos de conducta y atrasos en el desarrollo cognitivo. Además, se suma el riesgo de ser víctimas de maltrato o futuros agresores.

En la mujer las consecuencias pueden llegar a ser devastadoras, ya que su salud va siendo afectada, hay trastornos familiares con los que tiene que lidiar, en más de una ocasión deja de ser funcional porque la afectación psicológica la imposibilitan tanto en el área personal, laboral, como socialmente (Casique y Ferreira, 2006).

### 2.3.4 Factor de Incertidumbre

Según Maldonado (2017) el divorcio a cualquier edad es doloroso y a los 50 años puede ser más, porque además está relacionado con una de las llamadas crisis viales: la de la mitad de la vida. La incertidumbre surge en ese momento, porque el mundo que conocía por muchos años se vino abajo. La sensación de que el mundo se cae depende del tipo de divorcio. Si es conflictivo o destructivo esta sensación se agudiza, pero también cuando la mujer es abandonada y el esposo se va con otra mujer. Ahí la angustia se hace insoportable, ya que en se presenta otra incertidumbre que se presenta como pregunta ¿regresará al hogar?

Muchos estudios han demostrado que la mujer posiblemente va a encontrarse con una situación económica deteriorada. Muchas mujeres se hacen la pregunta ¿Por qué a mí? La que se puede cambiar ¿Por qué a mí no? con el divorcio en marcha la autoestima se viene abajo (Maldonado, 2017).

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

La tasa de divorcios en la actualidad ha ido en un aumento del 95 % más que hace 10 años. Se cree que las personas se divorcian a los 30 a 32 años, con unos 10 años de casados aproximadamente. En la mayoría de los casos se debe a lucha de poderes en el hogar, diferencias personales y profesionales, incompatibilidad de caracteres o infidelidad de uno de los cónyuges. Algunos de los efectos dañinos de la infidelidad son la depresión, ansiedad y divorcio, considerados secuelas importantes de las relaciones extramaritales. El trastorno de adaptación se da cuando la separación surge de forma inesperada y uno de los cónyuges se siente traicionado y humillado por tal hecho (García, Rivera y Díaz, 2011).

Cuando la separación se da de mutuo acuerdo cada uno puede salir adelante con la decisión que ha tomado y, aunque pueden surgir algunas desavenencias logran superarlas sin mayor dificultad. Pero cuando el divorcio se da a causa de la infidelidad la situación cambia, porque la víctima empieza a sufrir estrés emocional, mental, económico y físico. Estos cambios se manifiestan a través de síntomas como tristeza, desesperanza, depresión, disminución en la valía personal, desarrollo de sentimientos de impotencia y frustración, aislamiento, irritabilidad, resentimiento y sentimiento de abandono (Cedeño, 2017).

El propósito de este estudio de caso es describir el impacto personal, familiar y social que provocó la separación conyugal, en una mujer de 55 años, víctima de infidelidad por parte del cónyuge. Además, reporta haber sufrido de violencia psicológica. La llamaremos Mici para respetar la confidencialidad del caso.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la entrevista. Además, se hizo un genograma el cual brinda una perspectiva de la dinámica familiar. También se utilizaron pruebas proyectivas menores, proyectivas mayores y psicométricas. Dichas pruebas proveyeron un

panorama más amplio de la problemática por la que está atravesando el consultante y los recursos que se necesitan para el abordaje terapéutico.

### 3.1.1 Problemática del caso de estudio

La problemática en el caso de estudio giró en torno al tema del Trastorno de Adaptación en una mujer de 55 años, llamada Mici, después de la separación conyugal. La consultante refiere pertenecer a un nivel socioeconómico medio; triste e inseguro, que sufrió las consecuencias de la infidelidad de parte del esposo. Mici vive en una casa donde habitan sus dos hijos adultos, el mayor de 28 años y el menor de 26.

Mici viajó a la ciudad de México en diciembre del año 2016 porque el esposo trabaja en ese país, a su llegada la pareja se mostró atenta, dispuesto a complacer sus deseos. Pero a finales de diciembre, una mañana, de pronto el esposo la agredió verbalmente indicándole que ya no la quería, que se avergonzaba de ella y que no quería que estuviera ahí porque había decidido terminar con la relación que tenían. Motivo por el cual el 6 de enero del presente año decide regresar a Guatemala.

La consultante manifestó que es la segunda vez que sufre de infidelidad por parte del esposo, pero en esta ocasión considera que ya no habrá reconciliación, por lo que se siente irritable, llora con facilidad, maneja ira, vergüenza ante familiares y amigas, se siente amenazada. En el hogar la relación es conflictiva, sobre todo con el hijo mayor, porque los problemas económicos son evidentes y esto provoca tensión. No quiere hablar con el esposo para solicitarle ayuda económica, tampoco desea perdonarlo por lo que hizo, esto genera ansiedad y conductas de carga y descarga instantánea.

Por otra parte, Mici inició este año estudios en psicología clínica. Ahí recibió la sugerencia de asistir a terapia, por síntomas como: tristeza, llanto y baja autoestima que presentaba dentro del salón de clase. Estos síntomas los ha ido superando a través de recibir el acompañamiento

psicológico. Sigue dedicada a los estudios obteniendo calificaciones satisfactorias. Sin embargo, es importante que se adapte a su nuevo estilo de vida.

Se hace importante mencionar que, a raíz de los acontecimientos traumáticos que la paciente ha sufrido como el de la infidelidad y la separación conyugal, se realizó un abordaje individual, poniendo énfasis en fortalecer el yo, la superación de la pérdida y su valía personal.

A raíz de la problemática expuesta anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación:

### 3.2 Pregunta de Investigación

¿Cómo influyen la violencia de pareja y el divorcio en la aparición del Trastorno de Adaptación de la paciente de 55 años, separada de su esposo y atendida en CAS?

### 3.3 Objetivo general

Describir la dificultad de adaptación que sufrió una paciente del CAS, después de su divorcio.

### 3.4 Objetivos Específicos

- Integrar, aplicar e interpretar técnicas de evaluación y diagnóstico específicas de personalidad.
- Aplicar modelos terapéuticos específicos para el trastorno de adaptación en sesiones semanales.
- Registrar y sistematizar la información del caso para observar la evolución y así dar cierre.



## **3.5 Alcances y Limitaciones**

### **3.5.1 Alcances**

Siendo el trastorno de adaptación poco conocido en el ámbito guatemalteco, se considera que este estudio brindará otra perspectiva de las problemáticas que se presenten en clínica. Hay que reconocer que la sintomatología de este trastorno es similar a la de otros donde no se completan los criterios para diagnosticarlos.

### **3.5.2 Limitaciones**

Una de las limitaciones que se encontró al realizar este estudio fue la falta de información existente, tanto a nivel nacional como internacional. Otra limitación importante está relacionada con la falta de información pertinente vinculada con el diagnóstico del trastorno, así como del abordaje del mismo.

## **3.6 Metodología**

Esta investigación se realizó de acuerdo con el método cualitativo, como parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la Licenciatura Clínica y Consejería Social. La paciente es referida por el Centro de Asistencia Social, a donde se presentó Mici solicitando un acompañamiento psicológico. La problemática que manifestó fue la separación del esposo y los síntomas que reportó fueron básicamente de tristeza.

Con el propósito de realizar un diagnóstico previo al tratamiento, se realizó examen mental y se emplearon pruebas proyectivas menores como: El Test de la Figura Humana, el Test del Árbol, el Test de la Familia, el Test de la Persona bajo la Lluvia; pruebas proyectivas mayores como: el CAQ, el WHODAS 2.0, y el cuestionario de Depresión de Beck.

Los resultados de las pruebas realizadas indicaron síntomas depresivos, sentimiento de culpabilidad, deficiencia en sus relaciones interpersonales, ira, inseguridad, pensamientos autodestructivos, entre otros. Por lo que se diagnosticó trastorno de Adaptación según DSM 5, pues se observó que cumplía con la mayoría de los criterios diagnósticos establecidos.

Descripción de las pruebas: se le aplicaron 5 a la paciente las cuales se detallan a continuación.

Pruebas figura humana, familia y árbol

Las pruebas proyectivas menores permiten al aplicarse homogeneidad en la forma de aplicación, requiriendo una interpretación individual, con el objeto de lograr una visión clara, por lo tanto, de la interpretación se deriva el tratamiento adecuado y específico para cada consultante. Estas pruebas son herramientas esenciales en el psicodiagnóstico clínico, se hace necesario su uso para el profesional en salud mental, tomando en cuenta los diferentes manuales que existen para cada una de ellas. Se consideran de práctica y fácil aplicación en clínica, además es individual, necesitando únicamente hojas de papel, lápiz, sacapuntas y borrados; y la observación de parte del terapeuta. Entre estas pruebas se pueden mencionar: test de la figura humana, del árbol y de la familia (Aiken, 2003).

Prueba proyectiva “la persona bajo la lluvia”

Esta prueba engloba y representa elementos puntuales como la persona, el elemento dinámico representado por el movimiento en las piernas, brazos y cuerpo, representación del ambiente como la lluvia como estresor, esta prueba toma en cuenta cada detalle del dibujo. Su aplicación es sencilla en clínica, utilizando nada más hojas de papel, lápiz, borrador, sacapuntas y la observación del clínico (Querol y Chaves, 1994)

## Inventario de Depresión de Beck

Esta prueba es de gran ayuda para el profesional en psicología, psiquiatría y neurología, con el objetivo de detectar los posibles casos de depresión. De individual aplicación se deberá contar con el manual y hoja adjunta de respuestas, lápiz o lapicero. Es un test psicométrico utilizado por sus características de calidad amigable y rápida aplicación en cuanto a la comprensión y certeza de los síntomas depresivos según criterios del manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM) (Beltrán, Freyre y Hernández, 2012).

## Cuestionario de Apreciación Temática (CAQ)

En dicho cuestionario se incluyen 12 rasgos, entre los cuales 7 miden manifestaciones primarias de depresión, los 5 restantes evalúan rasgos identificados factorialmente en el conjunto del MMPI. El cuestionario puede ser aplicado a adolescentes y adultos de nivel primario y básico, con una duración de 30 a 45 minutos, puede ser aplicado individual o colectiva. El mismo permite la evaluación de 12 variables clínicas que evidencia la carga psicológica que está atravesando la persona de la personalidad (Krug 1994).

CAQ compagina datos de tipo patológico con datos en cuanto a la estructura misma de la personalidad, esta prueba es una herramienta de gran ayuda para el diagnóstico, que permite a su vez la realización de un plan de tratamiento oportuno. Al aplicar dicho test se debe contar con el cuadernillo de cuestionamientos, hoja de respuestas, plantilla de calificación y baremos (Krug 1994).

## Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de Salud, versión 2.0 (Whodas 2.0)

Es aplicado a nivel mundial, este se perfila hacia la mayor parte de las habilidades físicas y refleja de manera deficiente las cualidades de salud mental en las que el profesional clínico tiene especial interés. Este cuestionario sustituye la evaluación de la actividad global EEAG del

Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales IV (DSM-IV-TR), el WHODAS 2.0 se incluye en la reciente actualización del Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales 5 (DSM-5, 2014).

## **Capítulo 4**

### **Presentación de Resultados**

#### **4.1 Sistematización del estudio de caso**

Datos generales

Nombre: Mici  
Sexo: Femenino  
Fecha de nacimiento: 28/ Abril/64  
Edad: 55 años  
Estado civil: Casada  
Profesión: Secretaria  
Ocupación: Ama de casa  
Referido por: CAS  
Fecha de inicio del proceso terapéutico: 16/02/2017

##### **4.1.1 Motivo de Consulta**

La paciente refiere: “Mi esposo me abandonó. Y eso es lo peor que me pudo haber hecho; no quiero perdonarlo (SIC).

##### **4.1.2 Historia del Problema Actual**

En cuanto a la fecha de inicio y duración del problema, la paciente indicó que el problema se inició en diciembre del 2016, cuando ella fue a visitar a su esposo a México. Él trabaja allí desde hace 2 años. En el 2009 también recibió acompañamiento psicológico por la misma situación con el esposo.

Con respecto a estresores y precipitantes, la paciente indica que la situación económica del hogar se ha visto afectada y es una preocupación constante para ella pues ahora es el hijo mayor quien sostiene a la familia. No quiere saber nada relacionado con el cónyuge, no le interesa y se está alejando de sus amigas y vecinas. No quiere por ahora perdonar al esposo.

El impacto del problema en la vida de la paciente es evidente. La paciente manifiesta tristeza, aislamiento, enojo y deseos de venganza, que han aparecido desde que su esposo le dijo que ya no la quería. Además, no ha asistido a su iglesia desde que esto pasó. Ante el sentimiento de impotencia que ha presentado y la tristeza que la acompaña todo el día, la paciente lo manifestó en la universidad y una catedrática le aconsejó que se acercara a un tratamiento psicológico y ella misma está segura de que es lo que necesita.

La señora Mici continúa relatando que se siente frustrada, muy dolida porque lo que le hizo su pareja no se lo merecía. Además, considera que la infidelidad que vivió es algo que no se le hace a nadie. Desde que sucedió el evento, no ha hablado con el esposo, aunque se da cuenta que le hace mucha falta. No quiere relacionarse con nadie actualmente y se ha alejado de sus amigas, de sus vecinas y de las personas de su iglesia. La paciente refiere “todos los hombres de mi vida me han fallado, y siento que toda la gente trata de humillarme desde lo que me pasó con mi esposo”.

### 4.1.3 Historia Clínica

#### 4.1.3.1 Historia prenatal

La paciente indica que fue el primer embarazo de su madre y se cumplieron con los 9 meses de gestación.

#### 4.1.3.2 Adolescencia

Durante la adolescencia, la paciente indica que ya tenía a su cargo a sus hermanitos a quienes desde niña ayudó a cuidar. La paciente indica que siempre fue alumna promedio, debido a las exigencias del progenitor, quien siempre les exigía estar ocupados en tareas provechosas.

A la edad de 17 años viajó con autorización de sus padres a estudiar a Guatemala. En la capital, vivía en la casa de una prima quien le exigía realizar todos los quehaceres de la casa a cambio de alimentación, por eso no tenía mucho tiempo para estudiar.

#### 4.1.3.3 Adulthood

La paciente refiere que le ha tocado trabajar desde su niñez ya que el padre si no tenían tareas escolares la mandaba a trabajos del campo y luego a ayudar en casa con sus hermanos. Cuando estaba por terminar la carrera de Perito Contador, dejó los estudios y se puso a trabajar para pagarse donde vivir y mandar dinero a su familia porque eran muchos hermanos. Luego, el padre trajo de Ipala a la esposa e hijos para que vivieran con ella unos meses. El padre entonces abandonó a la familia para irse a vivir con otra persona, dejando a la paciente toda la responsabilidad económica de la manutención familiar.

#### 4.1.3.4 Historia psicosexual y matrimonial

La paciente indica que tuvo su primera experiencia sexual a los 19 años, cuando conoció al que ahora es su esposo, pero se unió a él hasta los 23 años.

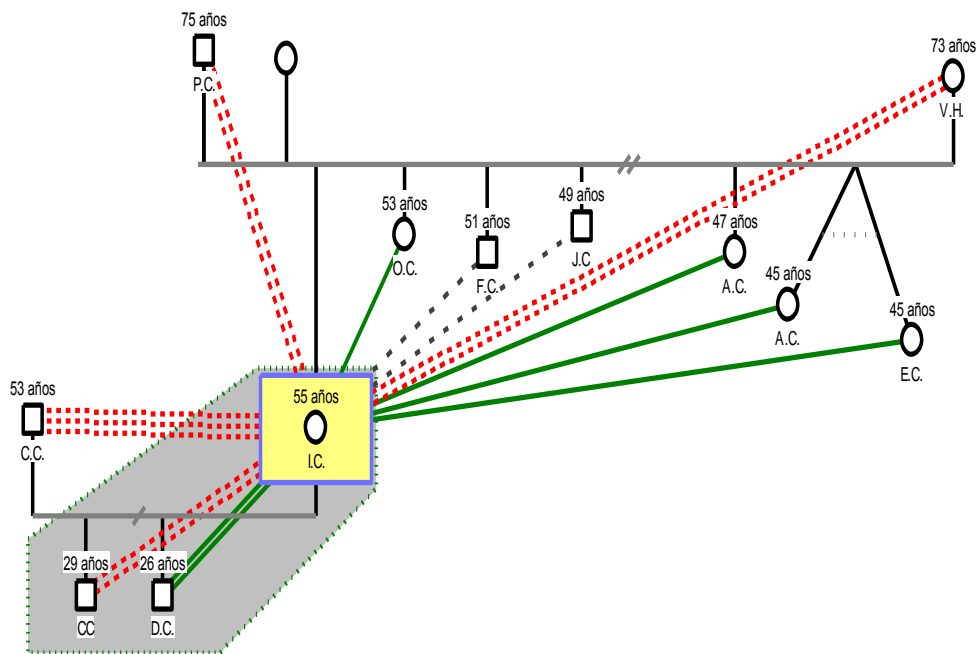
### 4.1.3.5 Historia Médica

La paciente refiere que por lo general ha tenido buena salud, sin embargo, desde hace 4 años padece hipertensión. Refiere la paciente la existencia de antecedentes emocionales hace 5 años cuando sufrió la primera infidelidad del esposo.

### 4.1.4 Historia Familiar

#### 4.1.4.1 Genograma

**Figura 3**  
**Genograma**



Fuente: Elaboración propia 2017



#### 4.1.4.2 Estructura familiar

La familia actualmente está constituida por la paciente, Mici, y sus dos hijos: Carlos Fernando de 29 años y Diego Alejandro de 26 años. El esposo continúa viviendo en México. La paciente indica llevarse bien con los dos hijos, pero la relación con el hijo menor es más cercana. El nivel socioeconómico de la familia es de nivel medio. La casa tiene una habitación para cada miembro de la familia y sus diferentes ambientes. El esposo no vive, al momento de la entrevista con la paciente, con otra persona.

La relación de Mici con su padre es distante, con su madre es conflictiva. Indica la paciente que el padre simplemente se olvidó de la familia y de las necesidades. Ella siempre tuvo que sostener a la familia desde muy joven, por eso no le ha interesado buscar a su padre. Considera que él también le falló. Mici refiere que con sus hermanos varones tiene una relación distante, pero con sus hermanas la relación es de armonía. Con el esposo actualmente tiene una relación conflictiva. Las parejas de los padres le son indiferentes.

#### 4.1.4.3 Antecedentes familiares

La paciente es hija de padres separados por el abandono del hogar de parte del padre. Tiene tanto hermanos como hermanas. La manutención de la familia estuvo a cargo de la paciente desde los 17 años. La paciente refiere no tener conocimiento de otros antecedentes familiares.

#### 4.1.5 Examen del estado mental

Se observó a la paciente en la conducta y aspecto general con el vestuario adecuado, de estatura baja, morena clara, coopera, está atenta, sostiene el contacto visual. Al momento de la entrevista la paciente se encuentra orientada en tiempo, persona y espacio. No muestra signos de ideación suicida ni rasgos de psicosis. En la Actitud es colaboradora y amable, se observa insegura. Sus movimientos son congruentes con la situación, no se observa dificultad, aunque sí movimientos

rígidos. La paciente mantiene atención constante y satisfactoria, aunque a veces se observa preocupación que interfiere con ésta, se concentra. Memoria a corto, mediano y largo plazo es adecuada. La paciente muestra rasgos de personalidad depresiva triste e insegura. En cuanto a su discurso, muestra habla espontánea, a veces vacilante, pero usa palabras apropiadas. La percepción de la paciente ve influenciada por los síntomas actuales. Se observan preocupaciones que interfieren levemente con la atención, concentración y sueño. Con respecto a su afectividad; a veces manifiesta enojo, tristeza, hostilidad o aflicción, maneja sentimientos de culpa. Tiene habilidad para expresar y controlar emociones, aunque se ve preocupada muestra apertura. Se pudieron observar en ocasiones movimientos en las manos y pies característicos de ansiedad. La paciente muestra rasgos del carácter: pasivo-agresivo.

## 4.2 Interpretación de resultados

### 4.2.1 Resultados de las pruebas

Durante las pruebas proyectivas menores, la paciente se mostró muy animada, haciendo comentarios sobre lo que iba dibujando. Sus trazos fueron hechos con rapidez.

**Cuadro No. 1**  
**Pruebas e instrumentos aplicados**

| PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS  | FECHA DE APLICACIÓN  |
|-----------------------------------|----------------------|
| 1. TEST DE LA FIGURA HUMANA       | 23/3/2017            |
| 2. TEST DEL ÁRBOL                 | 23/3/2017            |
| 3. TEST DE LA FAMILIA             | 30/3/2017            |
| 4. CAQ                            | 30/3/2017 y 6/4/2017 |
| 5. ESCALA DE LA DEPRESION DE BECK | 27/4/17              |
| 6. WHODAS                         | 27/4/17              |

Fuente: elaboración propia, basado en la planificación del proceso de evaluación, abril de 2017

#### 4.2.1.1 Test de la figura humana

La prueba muestra rasgos de extroversión, sensibilidad y aspectos femeninos; se observa ansiedad, inseguridad con tendencia a regresión, por otro lado, hay sentimiento de inadecuación e inferioridad, se observa tendencia a realizar esfuerzos en la vida y a veces la meta es inalcanzable por eso hay satisfacciones en la fantasía. Se observa también en los resultados rechazo, búsqueda de infravaloración de la imagen parental.

La prueba proyecta esfuerzo por ganar aprobación de los demás, por lo que el contacto interpersonal es superficial. Se observa carencia de falta de poder y sentimientos de culpa en actividades manipulatorias. Proyecta depresión, desilusión, inestabilidad, debilidad o fragilidad corporal.

#### 4.2.1.2. Test del árbol

Se proyecta en esta prueba tendencia a pensar constantemente en el pasado, se encamina hacia lo que fue. Se observa en los resultados de la prueba mando o energía con impaciencia, humor variable, sensibilidad explosiva.

Los resultados proyectan a una paciente con dulzura, imaginación y compensación afectiva. Se identifican indicios de vulnerabilidad interior, inhibición, carga y descarga instantánea. La prueba también proyecta desarraigo, con falta de apoyo o de estabilidad, pesadumbre, inhibición, tradicionalismo, instintividad, falta de inteligencia, y la característica de ser más práctica que teórica. De acuerdo con los resultados de la prueba, frecuentemente hay necesidad de compensar la inseguridad interior.

#### 4.2.1.3 Test de la familia

Los resultados de esta prueba muestran timidez, impulsividad, percibe el ambiente como amenazante y se inhibe de él. Se evidencia distancia emocional existente entre los mismos, con poca comunicación solo de la madre con los hijos. Maneja evasión y resistencia con pobre imagen de sí mismo, controles internos pobres, dificultad para conectarse con las demás personas, percepción de obstáculos para seguir adelante.

#### 4.2.1.4 CAQ

A continuación, se describen los resultados de la prueba psicométrica conocida como CAQ.

**Cuadro No. 2**  
**Resultados Cuantitativos CAQ**

| <b>ESCALA</b> | <b>PUNTUACION<br/>DIRECTA</b> | <b>DECATIPO</b> |
|---------------|-------------------------------|-----------------|
| D1            | 16                            | 10              |
| D2            | 8                             | 9               |
| D3            | 10                            | 5               |
| D4            | 7                             | 5               |
| D5            | 10                            | 8               |
| D6            | 15                            | 8               |
| D7            | 8                             | 9               |
| Pa            | 12                            | 9               |
| Pp            | 8                             | 2               |
| Sc            | 8                             | 8               |
| As            | 11                            | 5               |
| Ps            | 8                             | 7               |

Fuente: elaboración propia, basado en la planificación del proceso de evaluación, junio de 2017.

En cuanto a los resultados cualitativos de la prueba, se describe a la paciente como una persona que evita situaciones de riesgo y maneja calma en las emergencias, evita implicarse en cosas ilegales. Se evidencia preocupación por la salud, los desarreglos y las funciones corporales con insatisfacción por la vida y pensamientos autodestructivos. Se observa preocupada y sin energías para actuar. Manifiesta que es autocrítica, se acusa por los errores con sentimiento de culpabilidad. Actualmente evita contactos interpersonales. Se observa impulsos repentinos o incontrolados, se aleja de la realidad.

#### 4.2.1.5 WHODAS

**Cuadro No. 3**  
**Interpretación Cuantitativa WHODAS.**

| <b>ÁREA</b>                                       | <b>PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD</b> | <b>INTERPRETACIÓN</b>        |
|---|-----------------------------------|------------------------------|
| Comprensión y Comunicación                        | 75%                               | Evidencia discapacidad.      |
| Capacidad para moverse en su alrededor (entorno). | 75%                               | Evidencia discapacidad.      |
| Cuidado personal.                                 | 50%                               | Evidencia leve discapacidad. |
| Relacionarse con otras personas.                  | 90%                               | Evidencia discapacidad.      |
| Actividades de la vida diaria.                    | 75%                               | Evidencia discapacidad.      |
| Participación en sociedad.                        | 81%                               | Evidencia discapacidad.      |

Fuente: elaboración propia, basado en la planificación del proceso de evaluación, junio de 2017.

En cuanto a los resultados cuantitativos del WHODAS, se evidencia que la paciente sufre de algún nivel de discapacidad en todas las diferentes áreas evaluadas por la escala.

En cuanto a la interpretación cualitativa de la escala, la paciente evidencia discapacidad en la comprensión y comunicación. Además de evidenciar discapacidad en la capacidad de moverse en su entorno, con leve discapacidad en el cuidado personal. Evidencia mayor discapacidad para relacionarse con otras personas, en las actividades de la vida diaria, como quehaceres domésticos y en la participación en sociedad.

#### 4.2.1.6 Inventario de depresión de Beck

**Cuadro No. 4**  
**Inventario de depresión de Beck**

| Puntuación Total | Rango    |
|------------------|----------|
| 30               | Moderada |

Fuente: elaboración propia, basado en la planificación del proceso de evaluación, junio de 2017

El resultado del inventario de depresión utilizado para la evaluación de la paciente corresponde a 30 puntos. Dicha puntuación en este inventario es interpretada como la existencia de un posible cuadro depresivo en nivel Moderado.

#### 4.2.2 Impresión Diagnóstica

Basado en los resultados de las diferentes pruebas tanto proyectivas como psicométricas, observación directa y referencias de la paciente, se puede concluir que Mici manifiesta estado de ánimo depresivo, debido a la inadaptación que la problemática actual le provoca. Se enoja al recordar la forma en que el esposo le dijo todo que ya no la quería. Por lo tanto, se le dificulta disfrutar de las actividades que realiza, así como la incapacidad que en ciertos momentos presenta al no realizar esas actividades que hacía antes del evento estresor. La paciente se siente incapaz de afrontar esta situación además que la situación económica se ha vuelto difícil desde que no ve al esposo, no le habla, no contesta llamadas de él, son los hijos quienes se comunican con el padre. Actualmente es el hijo mayor quien se encarga de suplir los gastos del hogar.

Además, Mici muestra resentimiento hacia sus padres, quienes dejaron sobre ella muchas responsabilidades desde muy joven; últimamente ha presentado hipertensión que está controlada con medicamentos. Indica la paciente que no hace los arreglos necesarios en su casa por lo que considera que está desordenada.

La paciente manifiesta sentimientos de soledad y abandono indicando que últimamente se ha sentido sola, sin deseos de mantener sus relaciones con sus amistades. Lo anterior, hace que tenga mucho tiempo para dedicarle a sus pensamientos autocríticos y autodestructivos, como no querer alimentarse, acusándose de errores que pudo haber cometido para no mantener junto a ella a su pareja. Todo esto se potencia en la paciente debido a que su autoestima dañada.

#### 4.2.2.1 Evaluación DSM 5

Trastorno de Adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta. 309.4 (F43.25).

Se cumplen los criterios diagnósticos según el manual de Diagnóstico Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM 5), descritos a continuación:

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
  - 1. Malestar intenso o desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
  - 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. la alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

Específicamente:

309.4 Con alteración mixta de las emociones y la conducta: predominan los síntomas emocionales (p. ej. Depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.

### 4.2.3 Recomendaciones

Se recomienda a la paciente empezar un proceso terapéutico con técnicas de la Psicoterapia Breve. A través de las mismas, podrá darse cuenta de que puede salir adelante, aprendiendo a manifestar conductas más adaptativas en la relación que pueda tener con su expareja, promoviendo así un sentimiento de bienestar.

Se sugiere combinar algunas técnicas de la Terapia Gestalt para resolver asuntos inconclusos relacionados al resentimiento que muestra tanto con su expareja como con sus padres buscando que la paciente pueda expresar sus emociones y poder llegar al perdón. Esto ayudará a moderar el nivel de ansiedad que se observó.

Se considera de suma importancia realizar con la paciente estrategias que permitan mejorar su autoestima y autoconcepto a fin de buscar el fortalecimiento del self (yo).

### 4.2.4 Plan Terapéutico

Se realizó un plan de tratamiento adecuado a las necesidades que la paciente presentó en ese momento, tomando como base el enfoque de la psicoterapia Breve. Este enfoque toma en cuenta que las personas cuentan con recursos y capacidades para superar sus dificultades y resolver sus quejas. Psicoterapia Breve, ha sido aplicada con efectividad en la resolución de problemas emocionales y de la conducta, tanto en individual como de pareja y familiar.

El objetivo de esta terapia es ayudar al paciente a superar sus propios patrones problemáticos mediante nuevas experiencias y formas de entender la vida. Se trata de modificar la forma en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. No se centra en la reducción de síntomas (aunque por supuesto se produce) sino en el cambio de patrones y esquemas.



## Perspectiva Terapéutica

Por tanto, en vez de que las personas se centren en lo que no pueden hacer, se centrarán en lo que sí pueden. No se centran en definir y diagnosticar el problema sino en los recursos que tiene la persona para solucionar el problema.

Para un terapeuta breve centrado en soluciones no es tan importante el explorar e indagar a fondo el problema y la causa de éste, sino rescatar los recursos de la persona, sus puntos fuertes y las conductas saludables que realiza, y que pueden ser de gran ayuda a la hora de encontrar soluciones al problema.

Tiempo estimado: El proceso terapéutico se estima en 6 meses, una sesión por semana de 50 minutos, aproximadamente 22 sesiones.

**Cuadro No. 5**  
**Presentación del plan Terapéutico.**

| <b>Problema Clínico</b>   | <b>Objetivo</b>  | <b>Técnicas</b>  | <b>Observaciones y Duración</b>  |
|---|--|--|--|
| Trastorno de Adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta | Fortalecer un estado de ánimo positivo ante las reacciones negativas.  | <p>Se utilizarán técnicas de psicoterapia Breve para darse cuenta de los recursos con que cuenta para salir adelante, tomando en cuenta:</p> <p>A. Realizar un listado de ventajas y desventajas en la relación matrimonial.</p> <p>La prescripción del comportamiento (paradoja).<br/>Metáfora: “El tren de la vida”.</p> <p>Rituales Terapéuticos (hacer una carta al esposo donde describa desde el enojo todo lo que quiere decirle.</p> | <p>Considerando durante la intervención un darse cuenta de las ventajas y desventajas. Duración 2 sesiones.</p> <p>Cambiar de actitud en la relación con el esposo. 4 sesiones. Duración 8 sesiones.</p> |
| Sanar el Resentimiento.   | Alcanzar en sentimiento de bienestar, a través de sanar actitudes de responsabilidad que los padres dejaron sobre ella | <p>Se utilizarán técnicas de Gestalt, para cerrar asuntos inconclusos.</p> <p>Silla Vacía.</p>   | <p>Se programa en dos partes: la realización del dialogo con el progenitor, la práctica del perdón y revisar la tarea de casa, respecto de los nuevos sentimientos alcanzados. Duración 6 sesiones.</p>  |

|                                   |   |   |  |
|-----------------------------------|---|---|--|
| Baja autoestima o Valía Personal. | Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, seguridad personal, respeto. | 1) Realizar los ejercicios del cuaderno “aumentar la autoestima de Rosette y Barbara Dobs.<br>2) Metáfora de la “Tacita de Té”. | Considerando la intervención en dos partes: definiciones de autoestima, realización de los ejercicios. La estima de sí misma. Duración 3 sesiones. |
|                                   |   | 3) Hablando con mi niña interior.<br>4) Fortalecimiento del yo.   | Que la paciente imagine que puede sentarse muy tranquila a hablar con su niña interior y lograr que sane algunas heridas. Duración 3 sesiones.     |

Fuente: elaboración propia.

#### 4.2.5 Análisis de Resultados

Trastorno de Adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta (F43.23).

Este trastorno está relacionado con los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM 5). En este se evidencian afecciones que incluyen dificultades y deterioro significativo en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

En el momento en el cual la paciente buscó ayuda psicológica presentaba tristeza y desánimo para realizar las actividades cotidianas, aislamiento de los diferentes ámbitos tanto el social, como el familiar y espiritual. Además, se observó que estaba reprimiendo ira por la forma en que sucedieron los hechos que la llevaron a la separación conyugal. Unido a esto presentó conductas

de carga y descarga instantánea, las cuales provocaron dificultad en sus relaciones interpersonales.

En el apartado de este trastorno se lee: Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor de estrés. Con alteración mixta de las emociones y la conducta se refiere a: predominan los síntomas emocionales (ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta. En el caso de estudio la consultante se presentó al CAS, justamente a los tres meses que se dio el hecho traumático.

### Depresión

Se cree que existen personas para quienes la depresión es más que un conjunto de síntomas. Aunque se sienten tristes y culpables, su estado emocional es consecuencia de una matriz entera de características intensas y duraderas con un constante estado de abatimiento y tristeza, sentimientos de inadecuación, de culpa, pesimismo exagerado que las lleva a imaginarse lo peor, se centran en lo negativo y desatienden lo positivo. Se sienten impotentes para cambiar su futuro. Estos individuos pueden estar verdaderamente deprimidos, pero esta depresión puede ser causada por la forma en que están pensando, la forma de sentir y percibir el entorno (Larrañaga 2015).

### Ansiedad

Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes (Ferrer, 2016).

## Violencia

“Muchos estudios analizan la violencia y todos concuerdan que se trata de un fenómeno que deteriora la integridad de la mujer, dando como consecuencias una salud deficiente, trastornos familiares y del grupo social. Las complicaciones psicológicas producen incapacidad importante en una mujer sin olvidar las consecuencias sociales que la imposibilitan den dejar ese hogar violento donde se violan sus garantías individuales y denigran su individualidad” (Casique & Ferreira, 2006).

La violencia puede estar presente en todas las edades y en todos los ámbitos donde la mujer se desenvuelva. Se considera incomprensible que, en el hogar, siendo un lugar que supone seguridad para sus integrantes es donde se sufre los variados tipos de violencia anteriormente mencionados (Casique & Ferreira, 2006).

## Tratamiento

Se comprobó que los enfoques terapéuticos elegidos para el tratamiento de la paciente fueron efectivos, pues se logró cumplir con los objetivos planteados al inicio del proceso. Observando (aunque lentamente) cambios significativos en las diferentes dinámicas de relación tanto con familia, amigos y vecinos, la cual se había visto gravemente afectada, así como la toma de responsabilidad del propio ser, fortaleciendo el yo, para tomar conciencia de lo que tiene a su alrededor. También se realizaron técnicas de arteterapia en las cuales la paciente alcanzó libertad de expresión para reducir ansiedad, las técnicas de relajación con respiraciones de 4X4 fueron también una herramienta de gran ayuda. Durante las sesiones de terapia Gestalt, se utilizó para cerrar asuntos inconclusos que la paciente traía desde su niñez, llegando a la compasión por la actitud de los padres hacia ella, el reconocimiento de su niña interior para consentirla y estar en paz con ella.

Actualmente, la paciente cuenta con un grupo de apoyo en su vecindario, el cual fue sugerido en terapia para tener sentimiento de pertenencia y del mismo modo crecer personal y espiritualmente.

## **Conclusiones**

La integración de las técnicas de evaluación utilizadas, tanto proyectivas como las psicométricas, proporcionaron aportes importantes sobre la personalidad y la problemática de la consultante. Esta información recolectada a través de los medios de evaluación, contribuyeron a la elaboración de un diagnóstico acertado que englobara la totalidad de las áreas en las cuales se evidenciaba conflicto en la paciente.

La selección de los modelos terapéuticos a utilizar para la resolución de cada una de las problemáticas presentadas fue adecuada ya que se pudo observar una evidente mejoría en la paciente a través de cambios significativos en las diferentes áreas de su vida.

Se concluye que el proceso de registro y sistematización de la información permitió realizar un monitoreo más eficiente del proceso terapéutico ya que proporcionó una visión global del caso permitiendo identificar tanto los avances como estancamientos de la paciente.

## **Recomendaciones**

Ya que no existe suficiente información en Guatemala sobre este trastorno, se recomienda que se continúen las investigaciones pertinentes y se propongan técnicas de evaluación y diagnóstico para detectar su aparición y las situaciones que lo desencadenan.

Es importante un estudio minucioso sobre los modelos terapéuticos a utilizar, así como la temporalidad con la que se atiende a los pacientes para que se puedan obtener buenos resultados. Se recomienda identificar el modelo adecuado para la problemática específica de cada paciente ya que aunque existen modelos que se pueden aplicar a la mayoría de casos con Trastorno de Adaptación, cada caso es único.

Se recomienda que todo caso sea registrado y sistematizada la información con el fin de llevar un adecuado control de las técnicas utilizadas, evaluando la evolución de los consultantes.

Se recomienda que los profesionales de la salud mental incursionen en la investigación del Trastorno de Adaptación por medio de la aplicación de pruebas y la observación de conductas características en la población, ya que para muchos es bastante desconocido el mismo en adultos y puede ser que esté afectando a más personas de las que se piensa en el país.

## Referencias

- Aiken, L. (2003). *Test Psicológicos y evaluación*. México: Pearson.
- Amezaga, P., & Saiz, M. (2015). *Tipos Psicológicos y Tratamientos Depresivos*. *Scielo*, 141 - 152. Obtenido de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid).
- Batlle, S. (2009). *Trastornos de Adaptación*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández, L. (2012). *El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente*. *Terapia Psicológica. Scielo*, 5-13. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
- Cardona, P. (2008). *Sintomatología de Ansiedad y Depresión en la población femenina de Saspán*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Obtenido de [http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8667.pdf](http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8667.pdf)
- Casique, R., & Fereira, A. (2006). *Violencia Conta Mujeres: reflexiones teóricas*. *Scielo*. Obtenido de [www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es\\_v14n6a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a18.pdf).
- Cedeño, E. (s.f.). *La Depresión, Efectos Psicológicos y Problemas Emocionales en el Adulto, ante la Etapa del Divorcio*.
- Ferrer, V. (s.f.). *Los transtornos de ansiedad según el DSM-5. Cuadernos de Medicina. Psicossomática y Psiquiatría*.
- García, M., Rivera, S., & Díaz, R. (2011). *El Poder y los Patrones de Interacción Vinculados a la Infidelidad*. México: La cultura.



- González, J., Marínez, A., & Martínez, D. (2009). *Factores Psicológicos Asociados a la Infidelidad Sexual y/o Emocional y su Relación a la Búsqueda de Sensaciones en Parejas Puertorriqueñas*. *Puertorriqueña de Psicología*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo>
- Guinart, M. (2015). *Repercusiones Psicológicas en el Proyecto Vital y en el Sentido de Vida de la mujer y su alcance en el desarrollo psicosocial de los hijos*. España - Universidad Católica de Valencia.
- Krug, S. (1994). *Cuestionario de Análisis Clínico CAQ*. de *Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 27-38.
- Larrañaga, A. (2015). *Tipos Psicológicos y Trastornos Depresivos*. *Ciencias Psicológicas*, 9, 141-152.
- Maldonado, S. (2017). *Divorcio a los 50: Como Empezar de Cero en la Mitad de la Vida*. *Infobae*, 16.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Odrizola, E., & Corral, P. (2011). *Violencia Doméstica ¿es el agresor un enfermo?*. España. Facultad de psicología. Universidad del País Vasco.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades, CIE 10*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales 5 (DSM-5)*. Asociación Estadounidense de Psiquiatría . Medica Panamericana.

- Pérez, R., Valdez, R., Rodríguez, C., & Félix. (2010). *Violencia hacia las mujeres*. Scielo, 243-272. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188)
- Querol, S., & Chaves, M. (1994). *Test de la Persona Bajo la Lluvia. Manual de Evaluación*. Argentina: Lugar.
- Reyes, J. (2010). *Trastorno de Ansiedad, guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento*. Honduras: UNAH.
- Sandín , B. (2002). *El Estrés: un Análisis basado en el Papel de los Factores Sociales*. España: Psicología Conductal.
- Torella, M. (2016). *Los Trastornos de Ansiedad, según DSM 5*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría, 110.

## **Anexos**

## Anexo 1

### Tabla de variable

**Nombre completo:** María Leonor Gressi L.

**Título de la sistematización Estudio de caso:** Trastorno de Adaptación de una mujer divorciada, atendida en el Centro de Asistencia Social-CAS.

**Carrera:** 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  |
|---|---|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manejo de emociones.</li> <li>✓ aspectos</li> <li>Influencias sociales y culturales sociales.</li> <li>✓ Aspectos familiares.</li> <li>✓ Aspectos culturales.</li> </ul> | Trastorno de Adaptación.                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Factores emocionales</li> <li>2. Factores familiares</li> <li>3. Factores sociales y culturales</li> </ul> | ¿Cómo influyen la violencia de pareja y el divorcio en la aparición del Trastorno de Adaptación de la paciente de 55 años, separada de su esposo y atendida en CAS? | Identificar y describir la dificultad de adaptación que sufrió una paciente del CAS después de su divorcio. | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Describir los factores emocionales en una paciente con Trastorno de Desadaptación.</li> <li>2. Analizar los factores familiares relevantes de una paciente con Trastorno de Adaptación.</li> <li>3. Analizar los factores sociales y culturales de una paciente con Tx de Adaptación.</li> </ul> |

## Anexo 2

### Formato de entrevista de 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, anotarlo 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 3

## Encuesta del Test de la Familia



### UNIVERSIDAD PANAMERICANA ENCUESTA: TEST DE LA FAMILIA

#### Práctica IV

Nombre:

Sexo:

F. aplicación:

Edad cronológica:

Explicación verbal: “Esta familia que tu imaginaste me la vas a explicar” ...

¿Dónde están? \_\_\_\_\_

¿Qué hacen allí? \_\_\_\_\_

Nómbreme a las personas empezando por la primera que dibujaste: (papel, sexo, edad)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el menos bueno de todos? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el más feliz? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el menos feliz? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Y tú en esta familia, ¿a quién prefieres? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Suponiendo que formarás parte de esta familia ¿quién serías tú? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Anotaciones: \_\_\_\_\_

## Anexo 4

### Formato de 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            \_\_\_\_ Distráido  
\_\_\_\_ 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 corto plazo

Memoria mediano plazo

Memoria largo plazo

2.4 Inteligencia: \_\_\_\_\_

## 3 discurso:

Habla incesante

Habla escasa

Habla espontánea

Habla fluida

Habla escueta

Discurso rápido

Discurso lento

Discurso vacilante

Discurso explosivo

Expresión precisa

Expresión

Se pierde en interrupciones

Cambio de tema frecuente

Prolijidad

Usa palabras apropiadas

Impulsivo

Vago

Usa expresiones extrañas

Usa palabras sin sentido

Fuga de ideas

Concreto

Circunstancial

Tangencial

Bloqueos

Disociaciones

Reiteraciones

Perseverancias

Incoherencias

Incongruencias

Neologismos

Pararespuestas

Debe consignarse

Balbuceo

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 al cuerpo: \_\_\_\_ ideas      \_\_\_\_ delirios

\_\_\_\_\_

5.1.3 En relación a sí mismo: \_\_\_\_ intrusiones \_\_\_\_ lectura de pensamiento \_\_\_\_ delirios de influencia

#### **5.2 Experiencias anormales:**

5.2.1 Al medio ambiente:

\_\_\_\_ Alucinaciones auditivas                      \_\_\_\_ alucinaciones táctiles

\_\_\_\_ Alucinaciones visuales                      \_\_\_\_ sentimientos de extrañeza

\_\_\_ Alucinaciones olfatorias      \_\_\_ perplejidad  
\_\_\_ Alucinaciones gustativas      \_\_\_ sensación de ubicuidad

### 5.2.2 Al cuerpo:

\_\_\_ Dolores      \_\_\_ alteraciones en sensibilidad  
\_\_\_ Somatizaciones      \_\_\_ alteraciones en esquema corporal  
\_\_\_ Creencias de enfermedad      \_\_\_ alucinaciones cinestésicas

### 5.2.3 Al Yo:

\_\_\_ disociación      \_\_\_ despersonalización      \_\_\_ retardo de ideas  
autónomas  
\_\_\_ Bloqueos      \_\_\_ pensamiento forzado

## 6. Afectividad:

\_\_\_ Afecto plano      \_\_\_ Afecto eutímico      \_\_\_ Expansión  
\_\_\_ Afecto      \_\_\_ Afecto hipertímico      \_\_\_ Hiperactividad  
hipotímico      \_\_\_ Labilidad      \_\_\_ Culpa  
\_\_\_      emocional      \_\_\_ Miedo  
Embotamiento      \_\_\_ Pánico      \_\_\_ Ansiedad  
\_\_\_ Depresión      \_\_\_ Hostilidad      Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Calma  
\_\_\_ Elación      \_\_\_ Aflicción      Tono afectivo durante la entrevista y  
\_\_\_ Enojo      \_\_\_ Perplejidad      situaciones en las que se altera:  
\_\_\_ Susplicia      \_\_\_ Aburrimiento      \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Congruencia de afecto con discurso  
\_\_\_ Alegría      \_\_\_ Afecto al nivel de intensidad  
\_\_\_ Tristeza      apropiado  
\_\_\_ ¿Expresión de verdaderos  
sentimientos?

## 7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Insight

Enfermedad:  mental     nerviosa     física     relac. 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    \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tristeza    Impaciencia    Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ansiedad    \_\_\_\_\_ Enojo    \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Irritabilidad    \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## 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      |
| _____ Suspica      | _____ pendenciero               | _____ dependiente   |
| _____ resentido    | _____ autoritario               | _____ independiente |
| _____ Agresivo     | _____ seductor                  | _____ introvertido  |
| _____ Extrovertido | _____ ambivalente: _____        |                     |

Capacidad para hacer y mantener relaciones: \_\_\_\_\_





**9. 5 Intereses y actividades:**

---

---

---

\_\_\_ usa tiempo libre solo      \_\_\_ con pocos amigo      \_\_\_ 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: \_\_\_\_\_