

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**La relación de la Inteligencia Emocional con los rasgos característicos
del Trastorno de Ansiedad no especificado**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Magda Raquel Custodio Gómez

Guatemala, mayo 2016

**La relación de la Inteligencia Emocional con los rasgos característicos
del Trastorno de Ansiedad no especificado**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Magda Raquel Custodio Gómez

Licda. Regina Marroquín Barrera (**Asesora**)

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín (**Revisor**)

Guatemala, mayo 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

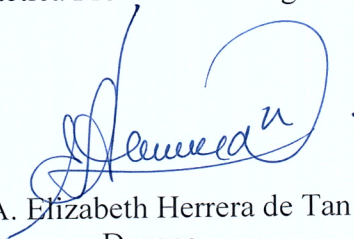
ASUNTO: **Magda Raquel Custodio Gómez**

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN CON FECHA: mayo 2,016

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

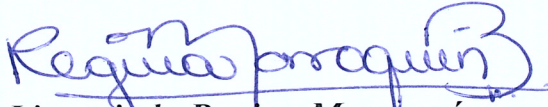
1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso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



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala mes de marzo del dos mil dieciséis.-----

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“La relación de la inteligencia emocional con los rasgos característicos del trastorno de ansiedad no especificado”**. Presentado por el (la) estudiante: **Magda Raquel Custodio Gómez**, 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.


Licenciada Regina Marroquín
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala mes de abril del año 2016

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“La relación de la Inteligencia Emocional con los rasgos característicos del Trastorno de Ansiedad no especificado”**. Presentado por el (la) estudiante: **Magda Raquel Custodio Gómez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala mes mayo del dos mil dieciséis.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **"La relación de la Inteligencia Emocional con los rasgos característicos del Trastorno de Ansiedad no especificado"**, presentado por: **Magda Raquel Custodio Gómez**, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Macro de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	3
1.3 Ubicación	3
1.4 Organización	4
1.5 Programas establecidos	5
1.6 Visión	5
1.7 Misión	5
1.8 Justificación	6
Capítulo 2	7
Marco Teórico	7
2.1 Ansiedad	7
2.2 Inteligencia emocional	10
2.3 Estilos de Comunicación	13
2.3.1 Estilo de comunicación pasiva	14
2.3.2 Estilo de comunicación agresiva	14
2.3.3 Estilo de comunicación asertiva	15
2.4 Relaciones Interpersonales	16
Capítulo 3	19
Marco Metodológico	19
3.1 Planteamiento del problema	19
3.2 Pregunta de investigación	19
3.3 Objetivo General	20
3.4 Objetivos Específicos	20
3.5 Alcances y límites	20

3.5.1 Alcances	20
3.5.2 Límites	21
3.6 Metodología	21
Capítulo 4	23
Presentación de Resultados	23
4.1 Sistematización del caso de estudio	23
4.1.1 Datos generales	24
4.1.2 Motivo de la consulta	24
4.1.3 Historia clínica	24
4.1.4 Historia del problema actual	24
4.1.5 Historia familiar	25
4.1.6 Examen del estado mental	26
4.1.7 Resultado de las pruebas	27
4.2 Análisis de resultados	28
Conclusiones	29
Recomendaciones	30
Referencias	31
Anexos	32

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1 Organigrama de funciones y jerarquía del orfanato	4
Ilustración 2 Piramide de Maslow	17
Ilustración 3 Genograma	26

Resumen

Para efecto de la siguiente sistematización, se presenta el estudio de caso que se ejecutó como parte de la carrera en Licenciatura en Psicología y Consejería Social de Universidad Panamericana, durante la Práctica Profesional Dirigida de quinto año, realizada en la Fundación Protectora del Niño Huérfano, Casa Bernabé. Ubicado en Km. 25 Carretera a El Salvador, Guatemala, lugar donde se desarrolló dicha práctica en un tiempo de seis meses, durante abril a octubre del año 2015.

En el capítulo 1: Marco de Referencia, se presenta una descripción estructurada y detallada de los antecedentes de la institución, así como de la ubicación, organización, programas establecidos y justificación de la presente sistematización.

En el capítulo 2: Marco Teórico, se presenta información relacionada a la ansiedad, comunicación y sus estilos e inteligencia emocional según diversos autores, exponiendo un panorama general de toda la base teórica de dicho trabajo.

En el capítulo 3: Marco Metodológico, se exponen los planteamientos de objetivos, pregunta de investigación, alcances y limitaciones de la institución. Así mismo, se presenta la metodología que se utilizó en el caso de estudio de ansiedad y relación con la escasa inteligencia emocional y los patrones de comunicación.

En el capítulo 4: Se finaliza con el análisis de resultados del caso de estudio, en el cual se establecen conclusiones y recomendaciones.

Introducción

El propósito de la presente sistematización es ofrecer un preámbulo general de diversas áreas consolidadas en la Práctica Profesional Dirigida, mediante el proceso terapéutico de una paciente de 60 años, cuya problemática residió en la ansiedad y afección en los patrones de comunicación en las relaciones interpersonales debido a la débil inteligencia emocional.

Desde la perspectiva terapéutica para el proceso de intervención con la paciente, se dio importancia al término ansiedad como un mecanismo adaptativo natural que permite al individuo ponerse en alerta ante los estímulos del medio ambiente y personales, generando respuestas cognitivas y afectivas ante dichos estímulos. Esta ansiedad es una respuesta que en ocasiones puede verse desbordada y funcionar incorrectamente y cuando se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno, provocando reacciones psicofisiológicas que pueden causar conductas de afrontamiento poco óptimas que produzcan un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico.

Al dar resolución a esos estímulos, las respuestas afectivas positivas facilitan la comunicación, mientras que las negativas provocan distanciamiento, siendo el tono emotivo con el que el individuo vive ciertas situaciones con respecto al mundo y a experiencias personales, dándole la capacidad de discriminar y usar la información emocional para guiar los pensamientos y comportamientos.

Por lo tanto, entre la fusión de lo cognitivo y emocional es de vital importancia que el individuo comprenda que las emociones implican considerable cantidad de lenguaje y pensamiento para ser capaz de observar y distinguir las propias emociones, con el fin de dar resolución asertiva a los conflictos que pueda encontrar en las relaciones intra e interpersonales provocados por los estímulos psicobiosociales, obteniendo así calidad de vida ineludible para las diferentes necesidades.

Capítulo 1

Macro de Referencia

1.1 Antecedentes

En diciembre de 1982, llegaron a Guatemala, provenientes de Estados Unidos, misioneros con la visión de abrir un hogar para niños necesitados en este país. Inicialmente se establecieron en Antigua Guatemala y en agosto de 1983 abrieron las puertas de su nuevo hogar con dos pequeños niños, muy pronto su población infantil fue de 33; El 25 de enero de 1986 se trasladaron a Palín, Escuintla, que es un municipio que se encuentra a 50 Km. de la ciudad capital de Guatemala, donde recibieron a nuevos niños y empezaron a trabajar formalmente naciendo así la Fundación Protectora del Niño Huérfano, FUNPRONI.

Se formó una Junta Directiva y decidieron que el hogar llevaría por nombre “Casa Bernabé”; se iniciaron los trámites para obtener la Personería Jurídica, que se logró en 1984, bajo el Acuerdo Gubernativo No. 571/84. FUNPRONI, llamado también Casa Bernabé, ha funcionado legalmente por 29 años. Durante este tiempo, se han atendido a cientos de niños/niñas, unos han sido reintegrados a sus familias, otros fueron adoptados por familias en Guatemala, Honduras, México, Estados Unidos, Canadá y, para alguno de ellos, Casa Bernabé es el hogar permanente donde tienen su familia. A través de estos años, Casa Bernabé ha tenido diversos cambios a nivel administrativo.

El aspecto financiero ha sido una de las mayores dificultades, particularmente en 1993, la Junta Directiva de la Fundación tomó la decisión de cerrar el Hogar, debido a la inexistencia de fondos para cubrir el alto presupuesto para el funcionamiento del mismo, y durante el año 1994 muchos de los niños tuvieron que salir del Hogar, pero en 1995 los señores Pedro y Donnie Hernández decidieron tomar la responsabilidad de continuar con esta ONG.

Apoyados por algunos donadores individuales; convirtiéndose nuevamente en una ciudad de refugio para el niño/niña desamparado o en peligro, situado en la ubicación actual, en el municipio de Fraijanes, propiedad concedida por un donador cuyo único requerimiento fue mantenerse en anonimato después del traspaso de tierras a la fundación.

1.2 Descripción

Casa Bernabé FUNPRONI (Fundación Protectora del Niño Huérfano), es una fundación no gubernamental legalmente establecida, no lucrativa y fundamentada en valores y principios bíblicos, con el compromiso de lograr el desarrollo integral del niño, niña y adolescente.

Actualmente acoge alrededor de 150 niños, que provienen de situaciones de crisis y riesgo referidos por los juzgados de la niñez y adolescencia. Para brindar el cuidado necesario a la población se distribuye a los niños/niñas y adolescentes en unidades familiares, llamadas así para ofrecer sentido de pertenencia y recrear de alguna manera la dinámica familiar y un ambiente de seguridad. Son dirigidas por encargados del hogar, que fungen como padres en el cuidado y guía.

1.3 Ubicación

FUNPRONI Casa Bernabé se encuentra ubicada a las afueras de la Ciudad de Guatemala en el Municipio de Fraijanes, Departamento de Guatemala, en el Km. 25 Carretera a El Salvador.

1.4 Organización

Ilustración 1 Organigrama de Funciones y Jerarquía del Orfanatorio.



Fuente: FUNPRONI, Casa Bernabé 2015.

1.5 Programas establecidos

Cada niño, niña y adolescente, pertenece a un entorno familiar, viviendo en casas individuales con capacidad para 15 niños, ubicados de acuerdo a edades y sexo. Cada casa está bajo la responsabilidad de una pareja que funge como padres.

Adicionalmente, se han establecido áreas de apoyo como: iglesia, clínica médica, trabajo social y psicológico, escuela, laboratorio de cómputo, carpintería, hortaliza, herrería, panadería, salón de belleza y áreas deportivas. También se instruye a los niños/niñas y adolescentes en lo referente a música, y aprovechando los talentos descubiertos, se ha organizado una banda que ha participado en eventos nacionales e internacionales.

Hoy en día, también se trabaja en un Proyecto de Inserción, por medio del cual, se orienta a los jóvenes, para que al sobrepasar la mayoría de edad, disponiendo de dones y habilidades, se esfuercen por cumplir metas propuestas y sean hombres y mujeres de bien.

1.6 Visión

Ser una organización modelo, que busca liderar iniciativas para la erradicación de la desprotección de la niñez y generar programas de desarrollo integral que propician la preservación y fortalecimiento de la familia.

1.7 Misión

Somos una fundación establecida con valores y principios bíblicos, comprometida a proveer protección amor y desarrollo integral a NNIA¹ para una adecuada reinserción social que fortalece a la familia.

¹ Niños, Niñas y Adolescentes

1.8 Justificación

Reconociendo que la investigación forma parte de una experiencia formativa beneficiando la generación, no solo de nuevo conocimiento sino la incorporación de competencias, el trabajo de sistematización se realizó como metodología de egreso para la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana; ha sido elaborado con el interés de llevar el caso de estudio a un proceso investigativo contando con estructura y técnicas, con el fin de obtener resultados particulares; compartiendo experiencias, incorporando habilidades investigativas como la lectura, escritura, conceptualización y análisis, produciendo una nueva comprensión de un abordaje clínico específico pertinente para la comunidad de psicólogos que producen teorías para reorientar estilos y modelos de abordaje para diversos trastornos, así como para favorecer la reflexión sobre las prácticas psicológicas, logrando así una visión amplia para trabajos futuros.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Ansiedad

El concepto de ansiedad ha surgido para aclarar diversas conductas que superan la capacidad de adaptación de un individuo a estímulos externos e internos y como la capacidad de respuesta del organismo aparece como no adaptativa, causando sobrecargas emocionales que quedan registradas y provocan malestar significativo, dificultando así la utilización de los recursos internos en el momento de adaptarse a los cambios que surgen en la vida.

Según el creador del Inventario de Rasgos de Ansiedad -STAI- Charles Spielberger (1972), la ansiedad es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo.

Años después, el psiquiatra estadounidense Hagop Akiskal en su libro *Ansiedad* (1985), considera que el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico o mostrar otras características neuróticas.

Según la Real Academia Española, la ansiedad es “*un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.*” Siendo una manifestación esencialmente afectiva, la ansiedad es un mecanismo de adaptación al medio y ayuda a superar ciertas exigencias de la vida que el individuo percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas; la experimentan todas las personas, siendo esta una sensación normal en momentos de peligro o preocupación.

Cuando ésta defensa frente a ciertos estímulos se desequilibra se comprende mejor la diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, ya que en ésta última se da una valoración irreal o

distorsionada de la amenaza que puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en ansiedad negativa y caracterizándose por la aparición de cambios en los niveles psicofisiológicos, cognitivos y conductuales, que por lo general, se vuelven persistentes y provocan activación desadaptativa al medio.

A través de estudios del Instituto Nacional de Salud Mental, EEUU, se considera que aproximadamente 40 millones de adultos en Estados Unidos se ven afectados por los trastornos de ansiedad cada año, causando en las personas incertidumbre, miedo, y alteración en el funcionamiento diario, provocando consecuencias significativas en la calidad de vida, como lo indica la revista *The John Hopkins White Papers, Depression and Anxiety* (2002), cuando la ansiedad se sale de control interfiere en las actividades diarias, deteriorando las habilidades de la persona para expresarse, actuar o hacer frente a las situaciones de la vida cotidiana ya que afecta las reacciones fisiológicas, psicológicas y conductuales.

En Guatemala según indicó El Estudio Epidemiológico de Trastornos Mentales en Guatemala, Región Metropolitana (2011) los grupos de trastornos mentales prevalentes en la muestra total, son los de ansiedad afectando a lo largo de la vida al 13.95% de la población metropolitana.

Diversos estudios revelan que la ansiedad representa estados emocionales de malestar, con síntomas tanto subjetivos como objetivos provocados por estímulos externos catalogados como situaciones de amenaza y peligro real o imaginario, como lo son las imágenes mentales, pensamientos e ideas que atentan contra la integridad física o psíquica del individuo generados por el desbalance del sistema nervioso simpático y las glándulas suprarrenales, ocasionando efectos como tensión y desorganización psicológica.

Mientras el individuo lucha contra ese creciente malestar con técnicas directas y defensivas de afrontamiento puede disminuir los síntomas, sin embargo, si por el contrario no se logra reducir el estrés producido y éste se prolonga, provoca que el individuo recurra a otras técnicas de afrontamiento como la desesperación o la rigidez de pensamiento, evocando reacciones poco funcionales ante la ansiedad que también dependen tanto en inicio como en la prolongación, de

las características personales y diferencias individuales como la baja autoestima, evitación de ciertas situaciones, sentimientos de incompetencia, pensamientos irracionales, entre otros. Si esto sucede, se empiezan a agotar los recursos emocionales, físicos y psíquicos dando paso a la aparición de otros síntomas que pueden llevar a la aparición de algún trastorno de ansiedad.

Estas manifestaciones sintomatológicas de aparición prolongada que ameritan atención clínica, con la particularidad de que irrumpen en la actividad diaria del individuo y le causan deterioro en diversas áreas de la vida. Estos síntomas son variados según el manual de diagnóstico psicológico DSM IV-TR, deben durar por lo menos seis meses, clasificándose en diversos grupos como lo son:

- Aparición física: frecuencia cardíaca elevada causando sudoración, sensación de ahogo tensión, alteraciones de sueño, temblores, problemas digestivos.
- Aparición psicológica: dificultad de atención y memoria, inseguridad, culpa, temor excesivo, dificultad para tomar decisiones, dificultades para expresar opiniones propias o hacer valer sus derechos, temor a posibles conflictos provocando evitación.

Según éste manual de diagnóstico, existen varios tipos de ansiedad catalogados por las especificaciones de los síntomas, entre los cuales se menciona el Trastorno de Ansiedad no Especificado, incluido en los apartados diagnósticos con el objetivo de acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación prominentes pero que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos.

Ya que la etiología de los trastornos de ansiedad es muy compleja y debido a que intervienen factores biológicos, cognoscitivos, sociales y existenciales, cabe mencionar que las reacciones para afrontarla son igualmente complejas, permitiendo que los tratamientos de intervención se dirijan a los diferentes niveles que se ven afectados, trabajando una gama de técnicas holísticas que brinde al paciente herramientas que impidan que la ansiedad siga aumentando y empodere a la persona a retomar a la vida de manera funcional.

Según el psicólogo Peter Strong, en su libro *The Path of Mindfulness Meditation* (2010), existe una serie de principios que se pueden utilizar para dar un mejor tratamiento a la ansiedad ya que comparte la opinión que la ansiedad está basada en reacciones emocionales capaces de impulsar creencias interiores, percepciones de sí mismo y patrones de pensamientos repetitivos que se insertan en la mente, forzando e intensificando la búsqueda del balance emocional para que estas reacciones se mantengan estables y dirija asertivamente estrategias de afrontamiento hacia las problemáticas enfrentadas.

2.2 Inteligencia emocional

El tipo de relación que se mantenga hacia nosotros y el modo de relación con los demás, son los elementos que van a determinar el éxito y la satisfacción en el ámbito personal, familiar, escolar y laboral. Se considera posible que el término inteligencia emocional fuese utilizado por primera vez en por Peter Salovey, de la Universidad de Harvard, y John Mayer, de la Universidad de New Hampshire, (1990), los cuales definieron la Inteligencia Emocional como:

“Un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios así como comprender los de otros, de discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestros pensamientos y acciones y resolver los problemas de manera pacífica, obteniendo un bienestar para sí mismo y para los demás”.

La inteligencia emocional supone, según el psicólogo Daniel Goleman, (2001), la capacidad de reconocer los propios sentimientos, sentimientos de los demás, motivar y manejar adecuadamente las relaciones que se sostienen con los demás y con nosotros mismos. Para conseguirlo considera indispensable el dominio de aptitudes personales que determinan el control de uno mismo como lo son: autoestima, motivación y autocontrol, así como otros de tipo de habilidades sociales que determinan el manejo de las relaciones y la empatía.

Etimológicamente, el término emoción viene del latín *-emotio-*, que significa *"Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática"*. Son reacciones psico-fisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales de uno mismo; estas reacciones se dan en tres aspectos fundamentales:

- Psicológico: alteran la atención del individuo, ciertas conductas aumentan y proveen patrones de respuestas que el individuo utiliza para la resolución de conflictos.
- Fisiológico: a fin de brindar respuestas óptimas para un comportamiento efectivo, las emociones constituyen y fusionan respuestas de los distintos sistemas biológicos, en los que la voz, los músculos, las expresiones faciales, la actividad del sistema endocrino y nervioso central adquieren un papel protagonista para el tipo de respuesta ante los estímulos del ambiente e internos.
- Conductual: esta es la manera en la que respondemos a los estímulos, ambientales y personales, por lo tanto las emociones brindan un parámetro de reacción e impulso formando patrones de comportamiento, pensamiento y acciones.

Por lo tanto las emociones, son todas esas experiencias vivenciales de un estado complejo para el desarrollo en la edad adulta, necesita la percepción adecuada de una situación real, la apreciación o desagrado de la misma y toda conducta de afrontamiento o aversión en las que utilizan las emociones básicas y los sentimientos como medio de expresión, convirtiéndose en ese estado complejo de firmeza con la función de permitirle al individuo tener reacciones conductuales apropiadas en las funciones adaptativas, motivacionales y sociales.

Debido a que cualquier proceso psicológico trae consigo una experiencia emocional multidimensional, cuando esta función de expresión se inhibe y reprime de manera excesiva e interfiere con las estrategias de afrontamiento, modificando diversas estructuras en los patrones de comportamiento y dando lugar a conductas no-assertivas, caracterizadas por la sumisión, pasividad, retraimiento e inferioridad, sin tener en cuenta los sentimientos, derechos, deseos, intereses y opiniones propias; se generan alteraciones psicósomáticas, psicofisiológicas y posiblemente interferencias con los procesos cognitivos que se ven implicados en la resolución de

conflictos y toma de decisiones; causando entonces un deterioro en el sistema de respuesta ante circunstancias de peligro o amenazantes, provocando que se pueda dar inicio a un trastorno de ansiedad.

La Inteligencia Emocional es por lo tanto, esencial en la vida de todo ser humano, siendo este un ser sociable, la expresión emocional debe considerarse como se mencionó anteriormente, como una mecánica compleja pero necesaria, que lleva a la persona a relacionarse constantemente jugando diferentes roles, en la familia, en el trabajo, en el colegio y otros.

Así como lo exponían Salovey y Mayer (1990), “Sin duda alguna, un factor muy importante en el establecimiento de estas relaciones sociales es la comunicación, el tipo de mensaje que se transmiten y la forma en que ésta se da. Ésta habilidad para conversar y comunicarnos es importante para evitar los efectos negativos del aislamiento social excesivo y no deseable y la producción de emociones negativas que pueden predisponer al individuo a sufrir alteraciones emocionales como la ansiedad o la depresión.”

Como lo menciona Aristóteles, “cualquiera puede enojarse, eso es fácil. Pero enojarse con la persona correcta, en la intensidad correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto y de la forma correcta, eso es lo difícil.”

Por lo tanto, para poder expresar las emociones y establecer una comunicación que favorezca ese intercambio verbal y no verbal se necesita conocer los estilos de comunicación, los principales efectos y como el estilo asertivo se enfoca en la posibilidad de que la expresión de sentimientos, pensamientos y deseos sea de forma honesta, oportuna y respetuosa, estando abiertos a recibir expresiones de las demás personas dándoles la oportunidad de expresarse de la misma manera.

2.3 Estilos de Comunicación

La facultad de comunicar es inherente en el ser humano, creado como un ser sociable, determinado para que conviviera en sociedad lo cual provoca vinculación unos con otros y la creación de relaciones interpersonales, por lo tanto, éste se ha preocupado de optimizarla a través de la historia debido a la necesidad de estar conectados, por lo que las relaciones se manifiestan en todas en las actividades de la vida diaria.

La comunicación es el cimiento de toda vida social, debido a que es una actividad necesariamente compartida que pone en contacto a las personas y tiene como objetivo causar una respuesta específica de una persona o un grupo. Para tener mejor acercamiento con el contexto de la comunicación, se necesita conocer su etimología.

La palabra comunicación tiene su raíz del latín *-communicatio-*, que significa “*compartir algo, poner en común*”, y según la Real Academia Española, se puede definir como “*la acción o efecto de comunicarse*”. Podría ser entonces, un proceso de exteriorizar ideas, pensamientos, sentimientos y emociones transformados en un mensaje, provocando una reacción o un impacto en los receptores, siendo capaces de trascender del aquí y ahora al futuro.

La comunicación por lo tanto, es un proceso complejo que contiene componentes esenciales, como el intercambio escrito, verbal y visual para transmitir diversos criterios, pensamientos e información que pueden influir en el comportamiento de los demás evocando reacciones específicas. Estos elementos principales han sido clasificados en diversas formas de utilización, que de manera inconsciente o consciente todos utilizan y determinan el estilo de comunicación, los cuales están genéricamente clasificados en tres, que son los llamados pasivo, agresivo y asertivo.

Debido a que todos poseen un estilo predominante en el momento en el que se comunican, que marca de manera general la forma de interacción con el medio, es importante conocer las principales características de estos, sus consecuencias y las creencias asociadas a cada uno.

2.3.1 Estilo de comunicación pasiva

Según los autores, Carlos J. Hofstadt y José M. Gómez (2006), el individuo que posee un estilo de comunicación inhibido o pasivo, constantemente vive preocupado por satisfacer a los demás y es incapaz de pensar en la posibilidad de enfrentarse a alguien en cualquier sentido por el deseo de evitar conflictos o como resultado de miedos irracionales ante la posibilidad de ser rechazado y ofender a los demás.

Dentro de las características generales están; individuos que no toman en cuenta ni defienden las propias creencias, intereses o derechos, aparentemente respetando a los demás, pero realmente no se respetan a sí mismos y normalmente anteponen los deseos y opiniones de los demás a los suyos propios, siendo una de las creencias básicas y que influyen psicológicamente.

El individuo supone que todo lo que los demás opinan, piensan y desean, es más importante que lo que ellos mismos deseen. En ocasiones el miedo que siente el individuo y la poca verbalización, puede ser percibido erróneamente como respeto.

2.3.2 Estilo de comunicación agresiva

Este estilo tiene como característica general el hecho que el individuo contiene una gran carga agresiva, desprecio y dominio hacia los demás. Se preocupa por defender sus propios derechos contrario al estilo pasivo, sin embargo, la forma de defenderlos genera falta de respeto hacia los derechos de los demás, invalidando totalmente las opiniones, pensamientos, sentimientos y emociones de otros, generalmente con actitudes descontroladas que pueden ser producto de las tensiones acumuladas que no sabe expresar.

La utilización de este estilo de una manera predominante y prologada trae consigo una gama de conflictos y consecuencias internas y externas negativas, debido a que el individuo acostumbra a no tomar responsabilidad sobre la forma de comunicarse con los demás, generando a largo plazo

sentimientos de culpabilidad, baja autoestima y rechazo, por lo que mantener relaciones interpersonales sanas no es posible.

2.3.3 Estilo de comunicación asertiva

Este estilo es el más anhelado, sin embargo es uno de los más complejos para alcanzar, debido al trabajo psicológico interno, manejo de emociones y equilibrio que requiere para la buena práctica. Es caracterizado por individuos que pueden expresar conscientemente las emociones, sentimientos, opiniones, ideas, de manera en la que son respetados e igualmente respetan los derechos de los demás, permite que se expresen libremente facilitando la resolución de conflictos, minimizando el riesgo de dificultades en las relaciones interpersonales futuras o desarrollo de algún trastorno de ansiedad.

Una de las características más relevantes es que el individuo, debido a la capacidad de hacer valer los derechos respetándose y respetando a los demás, mantiene componentes conductuales que son coherentes a la producción cognitiva y emocional.

Por lo tanto, cuando hace uso del estilo asertivo, el individuo es aún más capaz de resolver conflictos que encuentre en la interacción social, lo que provoca que se sienta bien consigo mismo y por ende construya relaciones más sanas que ayuden a incrementar el autoestima.

Como expresa el orador motivacional Anthony Robbins (2009), *“Para comunicarse de manera efectiva, debemos darnos cuenta que todos somos diferentes en la forma en que percibimos el mundo y usar este conocimiento como guía para nuestra comunicación con los demás”*.

Por lo que se puede decir que cada persona presenta rasgos personales distintos, por lo tanto, es lógico determinar que cada uno según la personalidad, cualidades psicológicas, de temperamento y carácter utiliza un estilo de comunicación diferente y prevalente. De la misma manera, lo que para una persona pueda ser adecuado, para otra no y es por esta razón que existe mucha dificultad

y gran necesidad en evaluar adecuadamente las habilidades personales como un paso previo a mejorar.

Cuando se habla de utilizar la comunicación asertiva, se pretende promover el desarrollo de las habilidades sociales en el marco de referencia de la Inteligencia Emocional, ya que estas habilidades permiten a los individuos ser personas directas, honestas y expresivas en conductas de comunicación, así como generar mayor sentido de seguridad y auto respeto, para hacer sentir valiosos a los demás y así mismo.

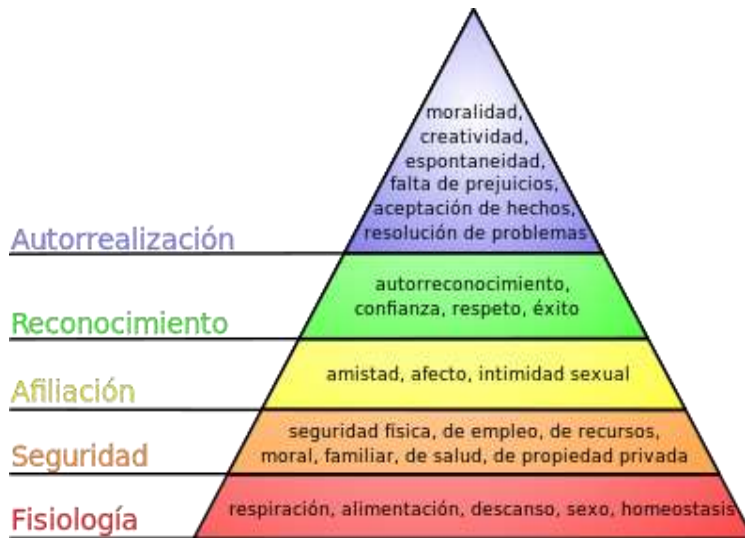
2.4 Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales son aunque no se perciban así, una necesidad para todo individuo, estudiadas por muchos psicólogos y sociólogos, las relaciones humanas son la base de la interacción que todo individuo tiene desde el momento de concepción y a lo largo de la vida. Los individuos van desarrollando la forma de ser, características de personalidad, y la forma de relacionarse a través de las mismas relaciones que establece durante la infancia, las cuales posiblemente van satisfaciendo necesidades y a la vez van determinando la funcionalidad y forma de ser.

Dentro de las necesidades básicas, uno de los mayores representantes de la psicología humanista Abraham Maslow, desarrolla una pirámide de jerarquía de las necesidades humanas, en ésta expone una serie de niveles de necesidades que el individuo debe satisfacer y desarrollar para llegar a la autorrealización; sin embargo, no necesariamente se deben satisfacer las necesidades en el orden jerárquico de la pirámide, no obstante las necesidades básicas predominan en la aparición de las superiores, por lo que a medida en que las necesidades van siendo logradas surgen las de mayor nivel.

Solo las necesidades no satisfechas provocan en el individuo cambios de comportamiento que pueden afectar cualquier área de la vida, trayendo consigo baja autoestima y complejos de inferioridad, causando también problemas psicológicos y emocionales.

Ilustración 2 Pirámide de Maslow



Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Pirámide_de_Maslow

Como se observa en la imagen anterior, las relaciones interpersonales toman un gran sentido para el individuo, influyendo en los factores de la personalidad, en el deseo y el estado afectivo así como en las cogniciones, siendo las intermediarias entre las necesidades individuales y la posibilidad de alcanzar las sociales con mayor satisfacción.

En el estado afectivo y apego, según John Bowlby, en su libro “El apego y la perdida” (1998), durante los ciclos de la vida, se desarrollan muchos aprendizajes, estableciendo los patrones conductuales que se llevan a lo largo del desarrollo de la vida de un individuo.

Se ha encontrado a través de diversos estudios, que la asociación entre los estilos de apego y la satisfacción en las relaciones interpersonales y de pareja es importante, tomando en cuenta que los individuos que desarrollaron un estilo de apego seguro en la infancia, tienden a poseer más confianza en sí mismos y en los demás, capaces de desarrollar mayores y mejores relaciones sociales interactuando de forma positiva en aspectos como la comunicación, expresión de sentimientos y pensamientos, creencias, deseos e intereses.

Por otro lado, los individuos que desarrollan un estilo de apego inseguro, poseen falta de confianza en sí mismos y en otros, generando en la edad adulta distanciamiento social por la inhabilidad de entablar relaciones interpersonales saludables, con un funcionamiento psicológico posiblemente desequilibrado que se manifiesta en la relación con el ambiente.

Es por esto que las relaciones interpersonales son en gran parte del bienestar de un individuo, pero también pueden convertirse en la mayor causa de estrés, ansiedad y malestar, sobre todo cuando las conductas que se presentan imposibilitan los cambios interpersonales satisfactorios, encaminando a padecer alteraciones psicológicas y emocionales y fisiológicas deteriorando el autoestima y desequilibrando a tal punto de causar efectos negativos en la calidad de vida.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Todo ser humano ante las diversas situaciones a las que se enfrenta día tras día en el transcurso de la vida, experimenta reacciones emocionales generadas por la percepción del individuo hacía el ambiente y experiencias, considerando positivas o amenazantes. Estas reacciones pueden observarse en tres niveles; cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor.

Esta variedad de situaciones expone al individuo a la posibilidad de desarrollar patrones de respuesta ante los estímulos del ambiente como medidas de afrontamiento, que si no son satisfactorios generarán ansiedad y conductas desadaptativas, que al no recibir tratamiento adecuado en el ámbito de la salud mental, puede desarrollar trastornos de ansiedad que pueden causar reducción en la calidad de vida y en las relaciones sociales.

Debido a que la ansiedad y el manejo de las emociones en momentos de crisis o situaciones amenazantes para la persona, sea hombre o mujer, están ligados, se propuso realizar la investigación en base a los rasgos característicos del Trastorno de Ansiedad no Especificado y la relación con la Inteligencia Emocional, mediante la sistematización basada en el estudio de caso de una paciente de 60 años, encargada de hogar en el orfanatorio Casa Bernabé Fundación Protectora del Niño Huérfano, a quién se le brindó apoyo en terapia psicológica.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo la escasa Inteligencia emocional influye en la generación de ansiedad?

3.3 Objetivo General

Relacionar la ansiedad en la paciente de 60 años, reflejada en patrones disfuncionales de comunicación, con la baja Inteligencia Emocional.

3.4 Objetivos Específicos

- Identificar los rasgos característicos del Trastorno de Ansiedad no Especificado.
- Relacionar la baja inteligencia emocional con la generación de ansiedad en la paciente de 60 años.
- Determinar cómo la ansiedad afecta los patrones de comunicación en la paciente de 60 años.
- Establecer cómo la comunicación influye en las relaciones interpersonales en la paciente de 60 años

3.5 Alcances y límites

3.5.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la Práctica Profesional Dirigida, se alcanzó que los adultos atendidos logran encontrar equilibrio emocional, siendo capaces de cerrar círculos emocionales, mejorar la comunicación usando patrones asertivos y siendo capaces de tomar mejores decisiones para optimizar la calidad de vida.

Se logró que los pacientes mejoren las relaciones interpersonales con sus iguales así como con los hijos de las casas, de las cuales son padres encargados, mediante diversos talleres complementarios al proceso terapéutico.

Se obtuvo aprendizaje en la aplicación de diversas técnicas y teorías psicológicas ya que el enfoque de la institución es holístico.

3.5.2 Límites

En el orfanatorio Casa Bernabé de Fundación Protectora de la Niñez y Adolescencia, las dificultades fueron relativamente pocas. Se puede mencionar que los pacientes tienen inconvenientes para asistir a las sesiones debido a constantes reuniones o programación del orfanatorio que interrumpe con las horas designadas para la terapia, teniendo que recalendarizar las citas.

3.6 Metodología

La investigación se realizó mediante el método cualitativo y cuantitativo, asignada como parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, en el quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Durante la práctica se atendió a la población de padres encargados de los hogares del orfanatorio Casa Bernabé, referidos por el Departamento de Psicología de la institución para ser atendidos según necesidades y las observaciones realizadas por el mismo departamento en evaluaciones previas.

La parte de investigación cualitativa se basó en el estudio de un caso, en el cual la solicitante llegó debido a conflictos con el esposo por mala comunicación y sintomatología del Trastorno de Ansiedad. Por otra parte, la investigación cuantitativa se basó en las pruebas estandarizadas aplicadas a la paciente.

Durante el inicio del proceso terapéutico, se utilizaron diversos métodos para la recolección de datos. Mediante la entrevista se recolectaron datos referentes a la paciente, de vida, historia familiar, rasgos de comportamiento individual y social y respuestas automáticas que pudieron

deslumbrarse en la problemática. Mediante la anamnesis se recopilaron datos precisos de los síntomas y problemática que la traía a consulta.

Se utilizó diversas pruebas estandarizadas que sirvieron para brindar un análisis de datos más objetivos facilitando la búsqueda de aspectos importantes para el diagnóstico.

Durante proceso terapéutico se brindó perspectivas y técnicas psicológicas de diversos enfoques para abordar el caso, que llevo a la paciente a una resolución positiva de la problemática siendo capaz de transformar pensamientos, sentimientos, patrones de comunicación que brindaron una mejor calidad de vida.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del caso de estudio

La investigación se basó en el caso de estudio de una paciente de 60 años, la cual se llevó a cabo en el orfanatorio de la Fundación Protectora de la Niñez y Adolescencia, Casa Bernabé. La paciente fue referida por el Departamento de Psicología de la institución.

Durante el caso de estudio se utilizó herramientas diagnósticas, entre ellas la observación, entrevista y diversas pruebas proyectivas y estandarizadas. En las cuales la paciente presentó sentimientos de inferioridad, tristeza, enojo, frustración, culpa e inseguridad.

La paciente acudió a terapia tras ser referida por el Departamento de Psicología, comentando como motivo de consulta que tiene dificultades en la relación con el esposo y en algunas ocasiones con las niñas de la casa que son encargados, ya que no podía comunicarse asertivamente con ellos y esto le causaba malestar emocional significativo, de salud y en las relaciones interpersonales, aproximadamente durante dos años hasta que se presenta la oportunidad de vivir un proceso terapéutico.

La duración del proceso terapéutico fue de cinco meses, iniciando con muestras de compromiso por parte de la paciente, actitud que favoreció el desarrollo del plan terapéutico propuesto, así como alcanzar los objetivos de cambio propuestos por la paciente, a disminuir los síntomas ansiosos y encontrar resolución a ideas y sentimientos inconclusos trayendo así comunicación asertiva mejorando las relaciones interpersonales y la calidad de vida.

4.1.1 Datos generales

Paciente de sexo femenino, de 60 años de edad, religión cristiana activa. Escolaridad hasta tercero primaria, actualmente es ama de casa, esposa y madre de seis hijos, cinco de ellos casados que residen fuera del orfanatorio; vive únicamente con el más pequeño de 10 años, hijo adoptivo, que necesita de atención especial debido a la condición, así como con el esposo y las 11 niñas del orfanatorio Casa Bernabé de la casa de la que son padres encargados.

4.1.2 Motivo de la consulta

La paciente refiere *“La relación con mi esposo, hay cosas que no me gustan y siento que ya me molesto muy rápido”*.

4.1.3 Historia clínica

La paciente creció con el padre adoptivo, persona que comenta, la cuidó de la mejor manera que sabía, y que a pesar de ser alcohólico nunca le hizo falta nada (material y afectivamente) y nunca fue violento. Aunque a pesar de esto siempre tuvo en su mente la pregunta *“¿por qué yo no tengo papá como mis hermanos?”*, ya que la madre de la paciente tuvo con el padre adoptivo 10 hijos, y el padre biológico tuvo 8 hijos con otra pareja, siendo la paciente la única hija de madre y padre, cuestión que le causó conflicto ya que por momentos sentía que no era querida, aunque el padre adoptivo y la madre siempre la cuidaron y recuerda una adolescencia positiva compartiendo con la familia.

4.1.4 Historia del problema actual

La paciente refirió la incapacidad para comunicarse efectivamente con el esposo, se dio aproximadamente hace dos años, comentó que se percató de la problemática cuando corregía a las niñas de la casa o cuando tomaba decisiones o las instruía, expresó que el esposo la

contradecía, si ella les daba una instrucción o prohibía algo él les daba permiso o simplemente no tomaba en cuenta lo que ella les había dicho.

El estado de ánimo se vio afectado ya que expresó sentirse como “*la mala de la película*”, en ocasiones triste, molesta y enojada ya que se le dificultaba expresar lo que pensaba y también por los principios religiosos ya que le fue inculcado que, debía “*honrar y respetar a su esposo*”.

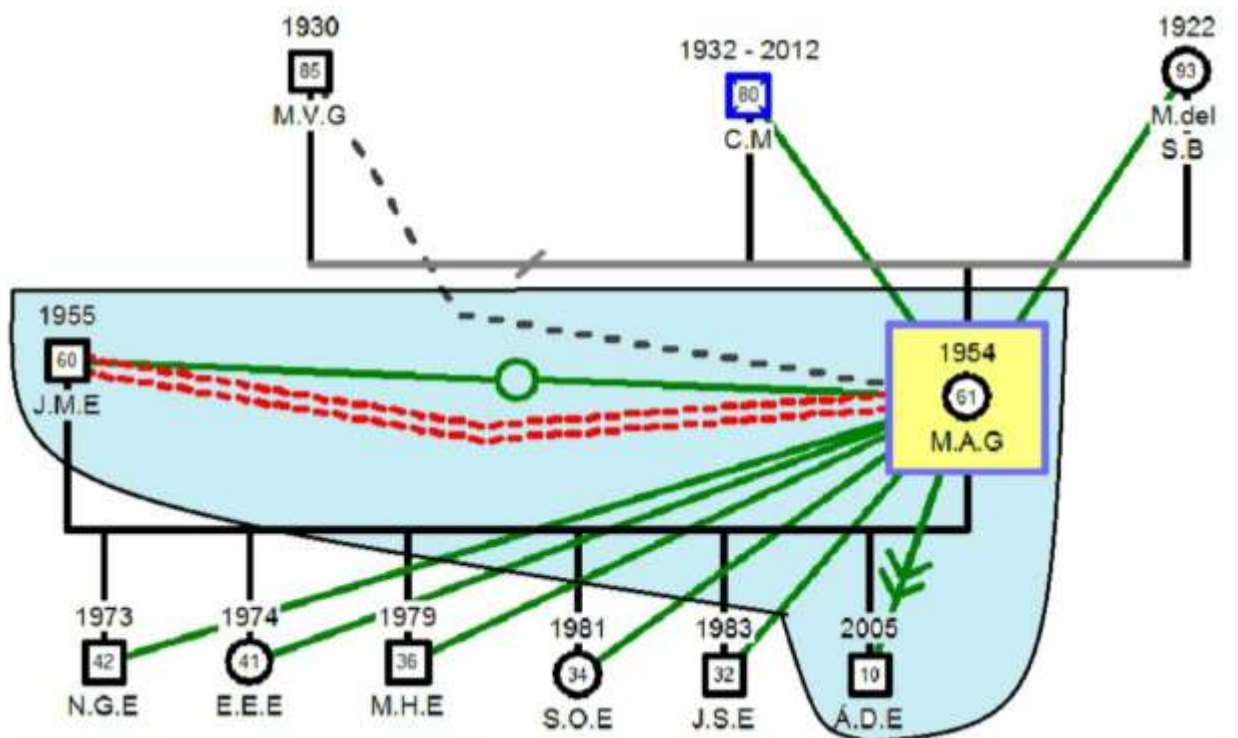
La relación con el esposo cada vez se vio más afectada. Comentó que con facilidad se ponía ansiosa cuando debía hablar con otras personas, sobre todo si era para expresar algo que a ella le molestaba o le desagradaba. La paciente comentó tener ciertos problemas de salud y se dio cuenta que algunas veces empeoraba cuando se enojaba, le dolía más la cabeza o se sentía muy agotada.

4.1.5 Historia familiar

La familia nuclear de la paciente está constituida por la paciente, el esposo y seis hijos. Cada uno de los hijos vive con su pareja, excepto por el más pequeño de 10 años que aún vive con la paciente y el esposo en el orfanatorio y el hijo presenta cuidados especiales debido a la condición psicológica y de salud. Su nivel socioeconómico es medio bajo.

La relación con el esposo es de amor pero a la vez conflictiva debido a problemas de comunicación. La relación que mantiene la paciente con los hijos es de amor y cordialidad. Con el padre adoptivo la paciente mantuvo una relación positiva al igual que con la madre. Con el padre biológico la paciente no tuvo relación estrecha ni de vínculos afectivos positivos.

Ilustración 3 Genograma



Fuente: Elaboración propia por referencia de la paciente, mayo 2015.

4.1.6 Examen del estado mental

Nivel de conciencia: Alerta, mantiene buena concentración y atención, ubicada en espacio, tiempo y persona. Mantiene el interés y es capaz de visualizar la situación que enfrenta.

Aspecto general: higiene y presentación personal adecuadas a la edad y el momento. De complejión media, blanca, talla mediana, estatura baja.

Lenguaje y expresión corporal: Utiliza lenguaje adecuado a la edad y estudios, es capaz de coordinar ideas y expresar coherentemente pensamientos y emociones. Mantiene contacto visual, movimientos son acordes a lo que expresa. Su timbre de voz es adecuado.

Afecto: congruente con el estado cognitivo, manifiesta frustración, tristeza y enojo.

4.1.7 Resultado de las pruebas

Las pruebas que se aplicaron fueron las siguientes:

- Test de la Figura Humana
- Test del Árbol
- Test de la Familia
- CAQ

La paciente presentó una personalidad introvertida, sentimientos de ansiedad, preocupación por la salud y por la posible alteración de las funciones de su cuerpo, debido a que podía acoger pensamientos autodestructivos se pueden manifestar en diversas somatizaciones que la paciente padece, así como tensión, preocupación y baja energía para actuar. Se observó cierto grado de insatisfacción de la vida y carente de propósito, considerando las transiciones a las que se enfrenta. Los resultados muestran conductas posiblemente dependientes y de sumisión. Se evidenció en las pruebas deficiencia del habla o expresión y negación de emociones compatibles con los sentimientos de inferioridad.

Así mismo los resultados muestran necesidad de autonomía. Proyectando preocupación por su desarrollo físico, regularmente presentado en personas psicósomáticas. Por último la prueba evidenció contacto con la realidad, cierto dinamismo e imaginación. Reveló también delicadeza, debilidad de energía e inseguridad. Los resultados evidencian falta de firmeza y poca movilidad, además inhibición, estancamiento de afectos y emociones. Mostró también discordancia entre capacidad y acción e inadaptabilidad e impresionabilidad en el contacto con los demás, sin embargo, también, humor variable. Proyectó también expansión imaginativa e idealismo, con tendencias espirituales.

4.2 Análisis de resultados

La paciente mostró deseo de superación y de alcanzar metas, sin embargo, la falta de autonomía y baja autoestima le dificultan superar los temores haciéndola sentir impotente para afrontar los conflictos de comunicación interpersonal que presenta, especialmente los de pareja y con las niñas de su hogar.

La paciente es una persona que manifiesta ansiedad, preocupación y tensión debido a los problemas de expresión emocional y de sentimientos, especialmente los de carga negativa como enojo, irritación y disgusto; esto le creó dificultad para relacionarse y expresar las necesidades. Se observa insatisfecha con la vida, posiblemente buscando nuevos propósitos o sentido debido a los cambios que tiene que afrontar en relación al trabajo y al lugar de residencia. La paciente proyecta sentimientos de inferioridad y necesidad de sentirse apoyada.

También presento diversos malestares físicos, algunos pueden catalogarse como psicósomáticos ya que no hay base médica que los sustente; esto pudo darse debido a que la paciente comentó durante las sesiones que se le dificulta expresarse cuando se molestaba, lo que no solo le provocó malestares físicos sino también sentimientos de culpabilidad, creyendo que al expresarse deja de ser respetuosa, básicamente manifestó sentimiento de inferioridad y la inseguridad que presento en las pruebas.

Respecto a la familia, mostró conflictos de relación y comunicación, así como dificultad para expresar emociones. Esto le generó ansiedad debido a que no se cumplen ciertos requerimientos que le causan conflicto con la constante vigilancia por el cumplimiento de las normas y lo que es correcto, con tendencias a lo espiritual. Su falta de autovaloración provoca conductas compensatorias y agresividad en las respuestas ante presiones del ambiente. Sin embargo, también mostró gran expansión imaginativa.

Conclusiones

El concepto de ansiedad está estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo para movilizarlo ante ese peligro facilitando una respuesta ante el estímulo.

El bajo autoconocimiento y la baja autoeficacia emocional de la paciente ante la ansiedad y la percepción de disponer de escasas habilidades para regular los estados emocionales provocan que interpreta como amenazantes las situaciones cotidianas en la relación de pareja y con las niñas del hogar, por lo que constituye un factor de vulnerabilidad en el desarrollo del Trastorno de Ansiedad no Especificado.

Los rasgos característicos del Trastorno de Ansiedad no Especificado generaron en la paciente dificultades en diversas esferas de su vida, convirtiéndose en problemas físicos, cognitivos, motores y afectivos, que impidieron su bienestar, generando problemas emocionales e interfiriendo notablemente en las actividades de interacción social y laboral.

Los patrones de comunicación fueron vitales en el funcionamiento social de la paciente como estrategias para comunicarse con el ambiente. Al no manifestar un recurso de comunicación asertivo, la paciente fue vulnerable al desarrollo de problemas de ansiedad y le fue costoso generar mejores técnicas de afrontamiento en la resolución de problemas.

Al realizar un análisis funcional de la paciente, se tomó en cuenta para intervenir terapéuticamente en los trastornos de ansiedad, las situaciones en las que se desencadenó el trastorno y también las respuestas concretas que la paciente presentó tanto en el plano verbal como no verbal. Por lo tanto, fue necesario considerar las respuestas fisiológicas, cognitivas y afectivas.

Recomendaciones

Se recomienda para disminuir la disfuncionalidad emocional, se continúe recibiendo apoyo terapéutico impartiendo talleres de psico-educación que aumenten el aprendizaje emocional y contribuyan con el bienestar integral construyendo emociones positivas en los padres encargados de hogar dentro del orfanatorio.

Del mismo modo en el que se construyen las habilidades emocionales, se alimenta y cimienta el autoestima, por lo que es importante enriquecer los pensamientos y sentimientos educando tanto las emociones como desarrollando nuevas habilidades buscando exponerse a situaciones cotidianas a través de la convivencia interna y social.

El desarrollo de competencias emocionales requiere de práctica continúa. Por esto, la educación emocional se inicia en los primeros momentos de la vida y debe estar presente a lo largo de todo el ciclo vital. Es importante que la paciente continúe el proceso de autoconocimiento y autoeficacia para regular sistemáticamente las reacciones conductuales y patrones de comunicación.

Los patrones de comunicación son imprescindibles para todo ser humano, por lo que se recomienda minimizar el riesgo de interacciones disfuncionales mediante la constante practica en los estilos de comunicación aprendidos durante el proceso terapéutico, como también continuar trabajando constantemente las habilidades sociales compatibles con las fortalezas personales y externas.

Los trastornos de ansiedad son de aparición diferente en cada persona, sin embargo se recomienda abordar los patrones de manifestación conductual para verificar si los estilos de afrontamiento son los óptimos cuando la paciente padece de un trastorno que afecte su salud mental, física y emocional, continuando los programas de psicología preventiva.

Referencias

Bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona Masson.

Consejo Nacional de Educación para la vida y el trabajo. (2010). *Hablemos de Relaciones Interpersonales*. México: Instituto Nacional para la Educación de los adultos

Goleman, Daniel. (2008). *La Inteligencia Emocional*. España. Editorial Kairos.

Hofstadt, Carlos. (2005). *El Libro de las habilidades de comunicación*. Segunda Edición. España. Ediciones Díaz de Santos, S. A.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2002). *Guía Trastorno de Ansiedad*. Guatemala. Programas de Elaboración de Guías de Práctica Clínica.

Malsow, Abraham. (1991). *Motivación y Personalidad*. Tercera Edición. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, S. A.

Roca Elia. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Segunda edición. Valencia. Editorial ACDE Ediciones

Ruiz, Sánchez. (2009). *“Las técnicas asertivas en el proceso de comunicación interna de las organizaciones”*. (Tesis previo a optar por título de Licenciatura). Escuela de Ciencias de la Comunicación. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: Magda Raquel Custodio Gómez
Título de la sistematización: Estudio de Caso Paciente femenina de 60 años con rasgos característicos del Trastorno de Ansiedad no especificado.

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"> ✓ Ausencia del manejo de emociones ✓ Comunicación no asertiva ✓ Relaciones interpersonales problemáticas 	Rasgos característicos del Trastorno de Ansiedad no especificado y su relación con la Inteligencia Emocional en paciente femenina de 60 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno de Ansiedad no especificado. 2. Inteligencia emocional en la etapa adulta 3. Estilos de comunicación 4. Relaciones Interpersonales 	¿Cómo la escasa Inteligencia emocional influye en la generación de ansiedad?	Relacionar la ansiedad en la paciente de 60 años, reflejada en patrones de comunicación disfuncionales con la baja inteligencia emocional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los rasgos característicos del trastorno de Ansiedad no especificado 2. Relacionar la baja inteligencia emocional con la generación de ansiedad en la paciente de 60 años. 3. Determinar como la ansiedad afecta en los patrones de comunicación en la paciente de 60 años. 4. Establecer como la comunicación influye en las relaciones interpersonales en la paciente de 60 años.

Anexo 2

Área verde, Casa Bernabé



Oficinas principales del Departamento de Psicología y Clínicas médicas, Casa Bernabé.



Interior de oficinas Departamento de Psicología y Clínicas médicas, Casa Bernabé.



Interior de oficina de Psicología/ Clínica médica, Casa Bernabé.

