

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



**Estudio de Caso: Mujer de 29 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada
causada por infidelidad por parte de conyugue, atendido en el Centro de
Asistencia Social-CAS**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Ana Carolina Ortega Aldana

Guatemala, julio de 2019

**Estudio de Caso: Mujer de 29 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada
causada por infidelidad por parte de conyugue, atendido en el Centro de
Asistencia Social-CAS**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Ana Carolina Ortega Aldana

M.A. Doris Cuellar (Asesor)

Licda. Alexandra Margarita Trigueros de Vargas (Revisor)

Guatemala, julio de 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

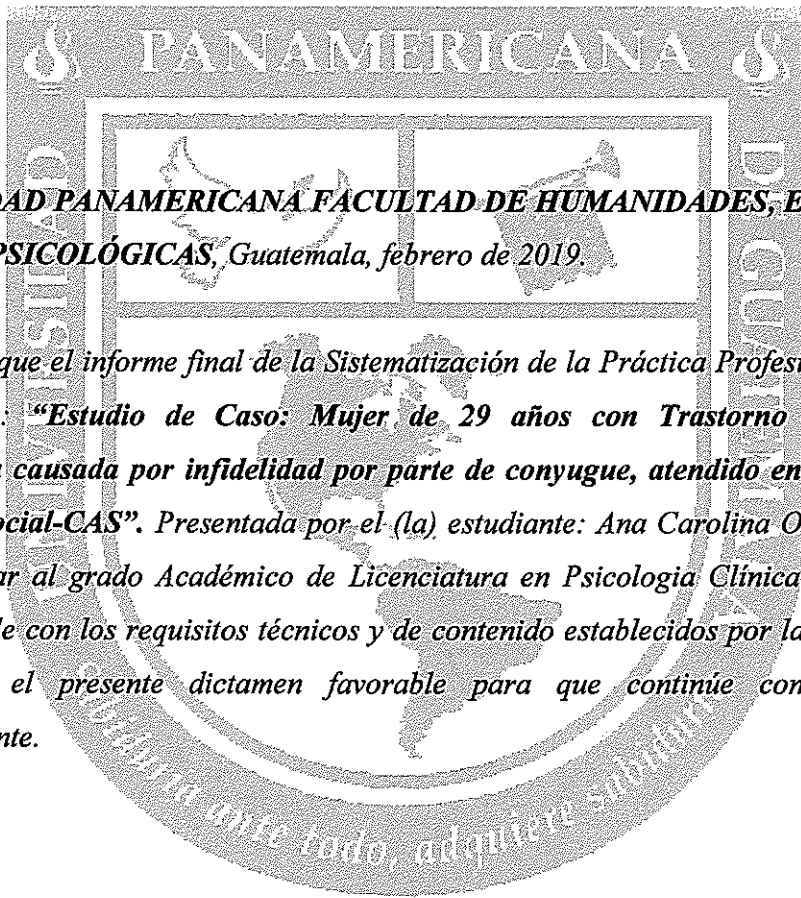
Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

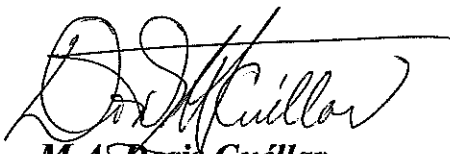
Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez



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

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de Caso: Mujer de 29 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada causada por infidelidad por parte de conyugue, atendido en el Centro de Asistencia Social-CAS”. Presentada por el (la) estudiante: Ana Carolina Ortega Aldana, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Doris Cuéllar
Asesora

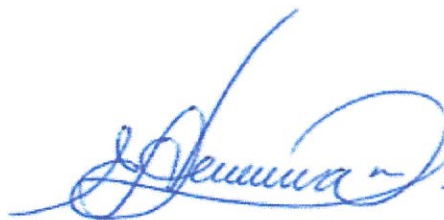
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes abril del año 2019.

En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: **“Estudio de Caso: Mujer de 29 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada causada por infidelidad por parte de conyugue, atendido en el Centro de Asistencia Social-CAS”**. Presentada por el (la) estudiante: **Ana Carolina Ortega Aldana** 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 julio 2019. -----

En virtud que el presente Informe de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de Caso: Mujer de 29 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada causada por infidelidad por parte de conyugue, atendido en el Centro de Asistencia Social-CAS", presentado por el (la) estudiante Ana Carolina Ortega Aldana reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico 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

Resumen	i
Introducción	iii
Capítulo 1 Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	4
1.7 Misión	4
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada	6
2.1.1 Ansiedad	6
2.1.2 Diferencia entre miedo y ansiedad	7
2.1.3 Diferencia entre ansiedad patológica y normal	8
2.1.4 La sintomatología de la ansiedad	8
2.1.5 Tipos de trastorno de ansiedad	9
2.1.6 Trastorno de ansiedad por separación	9
2.1.7 Mutismo selectivo	10
2.1.8 Fobia específica	10
2.1.9 Trastorno de ansiedad social	11
2.1.10 Trastorno de pánico	11
2.1.11 Agorafobia	11

2.1.12	Trastorno de ansiedad generalizada	12
2.1.13	Trastorno de ansiedad inducida por sustancia	12
2.1.14	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	13
2.1.15	Otro trastorno de ansiedad especificado	13
2.1.16	Otro trastorno de ansiedad no especificado	14
2.2	Relaciones de pareja	14
2.2.1	Infidelidad	15
2.2.2	Riesgos psíquicos de a infidelidad	15
2.2.3	Aspectos psicológicos de la infidelidad	16
2.2.4	Abordaje terapéutico para personas en situación de infidelidad	17
2.2.5	Indicaciones y sugerencias terapéuticas	17
2.2.6	Terapia cognitivo conductual para combatir la ansiedad	18

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1	Planteamiento del problema	20
3.2	Pregunta de investigación	21
3.3	Objetivo General	21
3.4	Objetivos Específicos	21
3.5	Alcances y límites	21
3.6	Metodología	22

Capítulo 4 Presentación de Resultados

4.1	Sistematización de Estudios de Caso	23
4.1.1	Datos generales	23
4.1.2	Motivo de consulta	23
4.1.3	Historia del problema actual	23
4.1.4	Historia clínica	24
4.1.5	Historia familiar	26
4.1.6	Examen mental	27
4.1.7	Resultado de pruebas	28

4.1.8	Impresión diagnóstica	35
4.1.9	Diagnostico según DSM V	35
4.1.10	Plan terapéutico	36
4.1.11	Análisis de resultados	38

	Conclusiones	40
	Recomendaciones	41
	Referencias	42
	Anexos	43

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Organigrama del Centro de Asistencia Social	3
Imagen No. 2	Genograma Familiar	26

Lista de Tablas

Tabla No. 1	Pruebas aplicadas	28
Tabla No. 2	Interpretación cuantitativa C.A.Q	31
Tabla No. 3	Inventario de autovaloración de ansiedad	32
Tabla No. 4	Inventario autovaloración de depresión	34
Tabla No. 5	Presentación Plan terapéutico	37

Resumen

Con la siguiente investigación se pretende conocer cómo influye una infidelidad en el Trastorno de Ansiedad Generalizada y sus consecuencias, provocadas a una paciente de 29 años de edad. En el capítulo uno se da a conocer el marco de referencia, el cual abarca toda la información con respecto al lugar donde se realizó el estudio de caso, así como la justificación de la investigación.

En el capítulo dos se da información precisa de la ansiedad y tipos de ansiedad que existen, dando a conocer la diferencia entre miedo y ansiedad, así como lo que se lo que se conoce como ansiedad normal y ansiedad patológica. También se abarcan los temas de infidelidad y sus consecuencias psicológicas y físicas las cuales son generadoras de ansiedad. Así mismo, se continúa dando información del modelo terapéutico para abordar los síntomas de ansiedad, ya que es vital importancia que se conozcan las estrategias y técnicas asertivas para la reducción y control de los síntomas provocados en situaciones estresantes.

El modelo utilizado y el cual se adapta a las necesidades de la paciente es el modelo cognitivo conductual, el cual ayuda a incrementar el manejo de habilidades para afrontar situaciones incómodas. El objetivo primordial de las técnicas proporcionadas por este modelo es ayudar a la paciente, dando a conocer estrategias para identificar el causante de la ansiedad, reducir sus niveles de estrés, reforzar la confianza y mejorar la autoestima dañada por el conflicto presente.

En capítulo tres se encuentra el marco metodológico, el cual abarca los siguientes: planteamiento del problema, buscando soluciones y respuestas a dicha problemática, también tenemos el objetivo general siendo la base de la investigación, así como los objetivos específicos, los alcances y limitaciones que se encontraron, por último, se encuentra la metodología indicando el método utilizado para realizar la investigación.

Por último, se encuentra el capítulo cuatro, donde se da una recopilación de proceso terapéutico aplicado a la paciente, visualizando el informe clínico utilizado en el caso, el cual abarca la historia clínica y familiar, pruebas proyectivas y psicométricas, así como la interpretación de

estos, los cuales dan información relevante, y así mismo llegar a una impresión diagnóstica fidedigna y certera. También se encuentra detallado el modelo y plan terapéutico utilizado para las necesidades del paciente. Dentro de la descripción del plan terapéutico se da información de las técnicas y los objetivos de estas para ser implementadas en sesiones regulares dentro del proceso terapéutico.

Introducción

En la actualidad la mayoría de personas padecen de trastorno de ansiedad, la cual es activada por diversos factores estresores provocando síntomas incontrolables que afectan la salud. La ansiedad es una respuesta anticipada a un evento futuro, sin que esté sucediendo la persona mantiene una preocupación o miedo eminente con pensamientos recurrentes y catastróficos. La permanencia de estos pensamientos genera un estado o crisis de nerviosismo, alteraciones en el sistema cardiaco, falta de aire y concentración, esto mismo genera cambios en la forma de verse a sí mismo como el entorno provocando un mal funcionamiento en el área psicosocial del individuo.

Vale la pena subrayar que es de vital importancia informar a la población cuales son los factores precipitantes que provocan la ansiedad, así como sus síntomas, los cuales pueden ser los causantes del mal funcionamiento en los individuos. Se propone en este estudio dar herramientas adecuadas para el correcto afrontamiento en situaciones estresantes y así mismo buscar acompañamiento psicológico que es el apropiado para sobrellevar esta patología de la mejor manera.

Se incluye un modelo cognitivo conductual para abordar el tema de la ansiedad, modelo efectivo que busca el alivio y mejoría, para personas que están afectadas por las constantes preocupaciones, y miedos que provocan pánico. El modelo se centra en identificar pensamientos irracionales y modificarlos para que estos no nutran la ansiedad. Se establece de primera instancia el pensar del individuo, luego se verifica la interpretación de este pensamiento y por consiguiente la emoción que genera este tipo de interpretación, es allí donde se debe modificar la interpretación que se le dio al pensamiento para que este no genere una emoción negativa en el paciente. Así mismo la terapia ayudará al paciente a identificar otros padecimientos y poder controlarlos para que el paciente se sienta libre de vivir la vida como se lo merece.

El presente trabajo intenta dar a conocer como una infidelidad puede ser generadora de un trastorno de ansiedad, dando a conocer cómo afecta este evento a la persona engañada, sus consecuencias físicas y psíquicas, las cuales dañan su entorno y relaciones interpersonales,

proponiendo así una terapia cognitivo conductual para la mejoría y funcionalidad del individuo provocada por esta patología.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La implementación del Centro de Asistencia Social, surge como proyección social, o bien como responsabilidad social universitaria. La Universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio responsable, de alto nivel.

Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la facultad de Ciencias Psicológicas, en la cual los estudiantes puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos siendo CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral.

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atienden por parte de los estudiantes de la carrera de psicología.

Así como parte de su preparación académica, fomentar los principios y valores fundamentales de ética y moral. Refuerza la práctica de principios y valores en los profesionales de la psicología contribuyendo a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

1.2 Descripción

El Centro de Asistencia Social CAS brinda atención de apoyo emocional de diferente edad, sexo y religión, que presenta diversas problemáticas. Para llevar a cabo su labor social cuenta con

instalaciones adecuadas para que las personas que acuden a él se puedan sentir cómodas y sobre todo atendidas con profesionalismo.

El Centro cuenta con una sala de espera, servicio sanitario, área de recepción para proporcionar información y realizar el cobro respectivo por consulta que asciende a Q25.00, ocho cubículos para la atención privada para el uso de los terapeutas practicante, adicional a esto se cuenta con servicio sanitario en el área de cubículos, cocineta para preparar bebidas a los usuarios, sala de reuniones oficina de coordinación, computadora, escáner, impresora para uso de los terapeutas practicantes y archivos para el resguardo de expedientes de usuarios.

1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, se encuentra ubicado geográficamente en 7°. Avenida 3-17 zona 9 Guatemala, Edificio Buonafina 3er. Nivel.

1.4 Organización

El Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana, CAS se rige por las disposiciones de Rectoría y del Consejo de Directiva, CAS pertenece a Decanatura de la Facultad de Humanidades y la Escuela de Ciencia Psicológicas, es dirigido por la Coordinadora General, Licenciada María Fernanda Ramírez, quien cumple con las funciones de capacitar, supervisar y llevar el control de la correcta atención a usuarios y de la preparación de los terapeutas practicantes.

En el Centro de Asistencia Social, la atención primordial se encuentra a cargo de Secretaría, área representada por las señoritas Yesenia Solano y Estefany López quienes brindan atención cordial a usuarios, trasladan información relevante a terapeutas practicantes y cumplen con actividades de secretaría solicitadas por Coordinación.

1.5 Organigrama

A continuación, se presenta el organigrama del Centro de Asistencia Social.

Imagen No.1
Organigrama Centro de Asistencia Social



Fuente: CAS (2015)

1.6 Visión

El Centro de Asistencia Social (CAS), tiene como visión la: Proyección social a la vanguardia del desarrollo científico social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente y ética.

1.7 Misión

La Misión del Centro de Asistencia Social (CAS), es: Brindar asistencia social en la esfera emocional ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescente y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejora así su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, CAS dispone de los siguientes programas:

- Apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos, a través de un programa de atención psicoterapeuta llevado a cabo por alumnos practicantes de quinto año de la Facultad de Humanidades de los diversos campus de sedes de Universidad Panamericana, ofreciendo su servicio a bajo costo, abierto de lunes a sábado al público en general.
- Escuela para Padres de forma gratuita con el objeto de brindar atención preventiva a nivel educativo y psicológico para el fortalecimiento de los lazos familiares de los usuarios.
- Según las estadísticas en el año 2016, el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, atendió alrededor de 465 usuarios y en lo que transcurre del año 2017 se ha atendido a 541 usuarios. Los servicios que presta a la comunidad. Estadísticas de

atención atendida por año.

1.9 Justificación de la Investigación

El trastorno de Ansiedad Generalizada es una de los trastornos más comunes que afecta a nuestra sociedad. Esta patología puede adquirirse debido a varios estresores, tales como, violencia, miedos, constantes discusiones, preocupaciones económicas, presiones familiares, etc. La ansiedad es un miedo anticipado, es una preocupación que se instala en nuestros pensamientos y nos agobia sin que éste, esté ocurriendo.

Es de beneficio para nuestra sociedad tener el conocimiento de los factores precipitantes y las consecuencias de esta patología. La mayoría de la población padece este trastorno sin saber cómo sobrellevar los síntomas, esto hace que las personas tengan mayores miedos y preocupaciones los cuales afectan su diario vivir y funcionalidad.

La Universidad Panamericana solicita al estudiante llevar a cabo 350 horas de práctica, en el centro designado, por lo mismo, se realizó dicha práctica en el establecimiento Centro de Asistencia Social CAS, con supervisión de estudio de caso y autorización de Licda. María Fernanda Ramírez, y así poder optar al título de Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

2.1.1 Ansiedad

Según DSM-5 (2014)

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. (p.189)

“Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria”. (CIE-10,1992, p.115) Como se dijo anteriormente el trastorno de ansiedad comparte características de miedo y ansiedad, ambas características son normales; sirve para la supervivencia del ser humano, sin embargo, el miedo es una emoción que resulta problemática cuando se convierte en una reacción desbordante, que no se puede controlar ante situaciones cotidianas.

Las personas con ansiedad logran tener una vida productiva, a pesar de los diferentes síntomas negativos que se poseen; la gravedad e intensidad de estos síntomas se pueden reducir teniendo en cuenta qué, el miedo que se está sintiendo o experimentando, no dominará o no prevalecerá si el individuo lo detiene.

“Más de sesenta y cinco millones de adultos estadounidenses han presentado alguna vez en su vida un cuadro de ansiedad clínicamente importante, lo que lo convierte en el problema de salud mental más corriente” (Kessler y otros, 2016, p.19.)

2.1.2 Diferencia entre miedo y ansiedad

“El miedo es un estado de alarma básico y automático que consiste en la percepción o suposición de una amenaza o peligro inminente para la propia seguridad” (Clark y otros, 2010, p. 34). El miedo puede generarse ante un peligro, en donde el individuo se ve en la necesidad de buscar seguridad, se puede llegar a cambiar conductas, para así no exponerse a un evento u objeto que le parece peligroso o desagradable. El miedo no es prolongado ni tampoco tan complejo como la ansiedad, y no se basa en pensamientos o catástrofes futuros.

Según Rojas (2014)

El miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo que, de alguna manera, viene de fuera de nosotros y se nos aproxima trayéndonos inquietud desasosiego, alarma. Aquí la clave está en la percepción de un peligro real que amenaza en algún sentido. De esta arrancan una serie de medidas defensivas que tienen el fin de esquivar o superar esa intranquilidad. Esas son medidas racionales y dependen de tipo de peligro concreto. En cada caso la estrategia que se fabrica es bien distinta, pero proporcionada al hecho en sí. (p.25)

Cuando se percibe una amenaza externa el sistema emocional se activa provocando una respuesta rápida, sin embargo, cuando esta respuesta se activa con amenaza o sin amenaza e irracional, se denomina como una patología. Esta respuesta patológica provoca en el sistema nervioso alteraciones los cuales hacen que el individuo mantenga un estado de ánimo cambiante y con síntomas evidentes dando como resultado disfuncionalidad.

“La ansiedad es un estado emocional prolongado y complejo que se da cuando una persona anticipa que cierta situación, acontecimiento o circunstancia futuros implican una amenaza personalmente desazonante, impredecible e incontrolable para sus intereses vitales”. (Clark y otros, 2016, p. 35). Así mismo se ve la ansiedad como una patología que distorsiona la forma de

verse uno mismo así como el mundo que lo rodea, llevándolo a situaciones incómodas afectando su vida personal y social.

2.1.3 Diferencia entre ansiedad patológica y normal

Según Biondi (1989)

Es difícil delimitar con precisión la ansiedad normal de la ansiedad patológica. Hay, sin embargo, cuatro aspectos diferenciadores que pueden ayudar a distinguir una de otra y que se relacionan tanto con las causas como con los efectos de la ansiedad. Entre las características de la ansiedad normal están los episodios poco frecuentes, con intensidad leve, sin embargo, en la ansiedad patológica los episodios son repetitivos e intensos, en cuanto a una situación o estímulo causante en la ansiedad normal la reacción es esperable mientras tanto que en la patológica la reacción es desproporcionada. En cuanto al grado de sufrimiento en la ansiedad normal es limitado y transitorio, en la patológica es alto y duradero. Y por último el grado de interferencia en la vida cotidiana, la ansiedad normal es ausente o ligero, sin embargo, en la patológica es profundo. (pag.71)

2.1.4 La sintomatología de la ansiedad

Según el DSM-V (2014)

Entre los síntomas somáticos están; mareos, sudoración, taquicardia, así como tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo o sueño inquieto e insatisfactorio). Por otro lado, tenemos los síntomas psíquicos los cuales se evidencian con inquietud, sensación de estar atrapado, o con los nervios de punta, irritabilidad y dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, miedos irracionales e intranquilidad. (p. 222)

Según el DSM-V (2014)

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Los síntomas de hiperactividad vegetativa,

como dificultad para respirar, el ritmo cardiaco acelerado y mareos, so menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (por ejemplo; el síndrome de intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada. (p.223)

2.1.5 Tipos de Trastornos de ansiedad

“Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo o ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (DSM-V, 2014, p. 189). La ansiedad se crea antes de un suceso o evento, es decir que se tiene una reacción física o emocional antes de una situación que no ha ocurrido. Entre los tipos de ansiedad que existen logramos ver la diferencia, basándonos en que cada tipo de ansiedad le provoca miedo o ansiedad diferentes objetos, situaciones.

Según DSM-V (2014)

Los trastornos de Ansiedad se clasifican en: Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Trastorno de ansiedad Social (fobia social), Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, Trastornos de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado, otro trastorno de ansiedad no especificado. (p.189-190)

2.1.6 Trastorno de ansiedad por separación

Según DSM-V (2014)

El trastorno de ansiedad por separación tiene los siguientes criterios: Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que tiene apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias; el individuo padece preocupación excesiva y

persistente al encontrarse separado de su figura de mayor apego, los síntomas que sobresalen a este trastorno son: malestar al estar alejados del hogar, preocupación por el bienestar o por muerte de un ser querido, necesidad de saber dónde se encuentra ubicada la persona de mayor apego; presentan miedos por contratiempos que les pueda suceder a ellos mismos, no les gusta estar solos. El inicio de este trastorno se ubica en la niñez, o antes de los 18 años. Los adultos con este padecimiento suelen estar preocupados por sus hijos, pareja o conyugue, lo cual los lleva a experimentar un malestar significativo en el ámbito social o laboral. (p.191)

2.1.7 Mutismo selectivo

“Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p.ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones” (DSM- 2014, p.195). Los individuos que padecen esta patología tienen comunicación escasa y esto daña las relaciones interpersonales y sociales, en su mayoría se comunican únicamente con su núcleo familiar, sin embargo, con familiares de segundo grado o amigos es nula. Así mismo los niños con este trastorno tienen dificultad en el área escolar, reflejándose en sus notas.

2.1.8 Fobia específica

“Se trata de un miedo o ansiedad intensa por el objeto o situación (p. ej. Volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre)” (DSM-V, 2014, p.197). No es miedo aprendido, el miedo puede ser intenso y prolongado y no desaparece con paso del tiempo y se necesita de intervención psicológica para que se alivie o desaparezca. El miedo que provoca es irracional, sin embargo, cuando se les da una explicación o se trata de tranquilizar que el objeto no les hará daño, no logran entenderlo. La fobia específica no tiene una edad o a una fase del desarrollo determinada, sin embargo, este trastorno es por lo regular más común en la infancia.

2.1.9 Trastorno de ansiedad social (fobia social)

“Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas” (DSM-V, 2014, p.202). Las personas que padecen este trastorno les provocan miedo, tener individuos a su alrededor o estar a la vista de ellos, y les genera ansiedad la crítica, y vergüenza que vean sus reacciones. Este trastorno puede ser dado a un paciente si éste, provoca interferencia con su funcionamiento. Este trastorno puede iniciar en entre los 8 a 15 años de edad.

2.1.10 Trastorno de pánico

Hay individuos que experimentan este tipo de ataques una vez a la semana, mientras que otros, un ataque por día o cada mes, con un periodo de varios años. Para que este trastorno sea diagnosticado como ataque de pánico se debe de ver la intensidad, completar varios síntomas y si estos ataques son inesperados. Las personas con este tipo de trastorno tienen miedo a ser juzgados, vergüenza por sus reacciones.

Según Roca (2015)

La crisis no se debe a los efectos directos de una sustancia, ni una enfermedad médica, ni pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (Ej. Fobia social, si la crisis apareciera solo al exponerse a situaciones sociales temidas). En algunas ocasiones el trastorno de pánico se ve complicado con la Agorafobia. (p.16)

2.1.11 Agorafobia

“La agorafobia consiste en la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar suele resultar difícil (Roca, 2015, p.16). Las personas que padecen este trastorno tienen dificultad para ingresar y hacer uso de transporte público, les provoca ansiedad estar en sitios demasiado abiertos o cerrados, también se alteran cuando se encuentran en situaciones donde hay

mucha gente o en completa soledad, estos acontecimientos provocan ansiedad, miedo y evitación en el individuo conllevándolo a sufrir síntomas que le afectan su funcionalidad en el área laboral y social.

2.1.12 Trastorno de ansiedad generalizada

“Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o activaciones (como en la actividad laboral o escolar)” (DSM-V, 2014, p. 222). Como se dijo anteriormente la ansiedad es una preocupación anticipada la cual afecta física y emocionalmente a la persona que lo padece, los síntomas afectan y deterioran el funcionamiento físico y social del individuo, puede aparecer alrededor de los 30 años de edad y se estima que los síntomas se mantienen durante toda la vida. Las preocupaciones de adultos usualmente tienen que ver con problemas financieros, enfermedades y de pareja, mientras que en los niños y adolescentes la preocupación es en su mayoría por las cuestiones académicas.

Según DSM-V (2014)

La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos de sueño, a pesar de que los niños solo se requiere un síntoma adicional. (p. 223)

2.1.13 Trastorno de ansiedad inducido por sustancia

Según DSM-V (2014)

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico y ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina) (p.228).

Este trastorno diagnostica cuando él individuo a consumido sustancias y estas han provocado como efecto ansiedad o síntomas de ansiedad en ellos, o cuando se está en abstinencia de las sustancias.

“el pánico o la ansiedad pueden parecer asociados a la intoxicación con los siguientes tipos de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, alucinógenos, inhalantes, estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias (desconocidas)” (DSM-V, 2014, p. 228-229)

2.1.14 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Según DSM-V (2014)

Los criterios para el trastorno de ansiedad son: los ataques de ansiedad y pánico predominan en el cuadro clínico; existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica; la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. (p.230)

Según DSM-V (2014)

La prevalencia del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica no está clara. Parece existir una elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad entre los individuos con determinadas afecciones médicas, como el asma, la hipertensión, las úlceras y la artritis. Sin embargo, este aumento de la prevalencia puede deberse a razones distintas al trastorno de ansiedad y puede estar causado directamente por la afección médica (p. 231)

2.1.15 Otro Trastorno de ansiedad especificado

Este tipo de trastorno no cumple con todos los criterios de la categoría de los trastornos de ansiedad, aunque si presenta un deterioro social o laboral en el paciente y si mantiene un malestar clínicamente significativo. “La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la

presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico”. (DSM-5, 2014, p 2232)

1.16 Otro Trastorno de ansiedad no especificado

Según DSM-5 (2014)

Indica que esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnosticada de los trastornos de ansiedad. La categoría de los trastornos de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico. (p. 223)

2.2 Las relaciones de pareja

Las relaciones de pareja mantienen un ritmo constante de altibajos los cuales afectan y deterioran la relación y la convivencia, así como el estado emocional de ambos, existen varios factores que quebrantan la confianza y el compromiso, entre los factores más comunes se hace referencia a la infidelidad, a los problemas financieros y de comunicación.

Según Alejandra E. y otros (2014)

Hoy día es cada vez más común que las relaciones de pareja en especial el matrimonio, se disuelvan en un número considerable de casos por motivos referentes al quebrantamiento de las reglas implícitas y explícitas de exclusividad que la cultura y la sociedad imponen a las parejas. Mayoritariamente, tal quebrantamiento es conocido como infidelidad. (p.136)

“Un estilo de amor se define como un constructo que se expresa por medio de un patrón conductual de manera constante de aproximarse y mantener una relación íntima”. (Ojeda y otros, 2010, p.551) (Alejandra V., 2014, p. 139) La fidelidad dentro de las relaciones de pareja o

matrimonio se convierte en un compromiso importante el cual ayuda a mantener la confianza y lealtad, si este compromiso de fidelidad llega a ser quebrantado se generarán diversos conflictos a nivel personal e interpersonal que podrían llegar a afectar la relación.

2.2.1 La Infidelidad

El concepto de infidelidad es diferente para todos, para unos cuantos el simple hecho de besar o pensar en alguien ya se denomina como infidelidad, sin embargo, para otros, si no hubo sexo no se toma como infidelidad. “El tema fundamental para hablar de infidelidad es la ruptura del contrato que se había establecido” (Javier Martin, 2014, p.10) aunque muchas personas no hayan expresado verbalmente este acuerdo o contrato, se entiende como pareja, a la persona con la que se mantiene una relación afectiva y sexual, y en la cual debe de respetarse la exclusividad. Para las parejas que tiene un compromiso formal, la infidelidad se toma como un engaño desleal el cual afecta la confianza que se le tiene a la pareja. Por lo tanto, se debe tomar en cuenta que las consecuencias de dicho acto traerán consigo malestar anímico a la persona engañada y por ende una autoestima dañada.

Según Alejandra V. y otros (2014)

Al entender el significado de las experiencias y la realidad personal de los individuos que las viven, es posible obtener un conocimiento más certero de la naturaleza humana en los casos de relación de pareja en donde uno o ambos tiene la percepción social distinta de la infidelidad; el cómo se ve asociada a sus comportamientos y manifestaciones de amor podrá contribuir a la creación o adaptación de nuevos o mejores esquemas de apoyo psicológico para los individuos involucrados en tales situaciones.(p.140)

2.2.2 Riesgos psíquicos de la infidelidad

Según Martin, (2014)

Entre los riesgos psíquicos y psicológicos el principal es el estrés que puede tener manifestaciones de todo tipo: desde síntomas leves como irritabilidad, alteraciones del sueño e hipersensibilidad, hasta ataques de pánico, problemas con abuso de sustancias, aumento de los problemas cardíacos, gastrointestinales, cefaleas, accidentes, etc. (p. 96)

Las personas que atraviesan por conflictos de infidelidad ya sea por causar la misma o ser la víctima podrían experimentar un nivel elevado de ansiedad. Para las personas que han sido víctimas de infidelidad, los pensamientos recurrentes, los nervios, insomnio, estado de alerta y desconcentración podrían ser los síntomas más evidentes. Para las personas que provocan dicha infidelidad la sintomatología podría ser similar pues requieren de tácticas emocionales para mantener el engaño en curso, por lo que podrían experimentar presión, nervios y angustia.

2.2.3 Aspectos psicológicos de la infidelidad

La confianza podría decirse que coadyuva a mantener el equilibrio emocional dentro de la relación de pareja, ya que brinda cierto sentimiento de seguridad y comodidad. “la confianza se relaciona directamente con la autoconfianza y es necesaria para desarrollar cualquier tipo de vínculo humano. Tanto en las relaciones familiares, como con amigos, socios o parejas, el tema de la confianza es clave”. (Javier Martin, 2014, p.44).

Cuando se suscita un evento de infidelidad el rubro de “confianza” se ve afectado directamente y es posible que la misma no pueda recuperarse al 100%. Por otro lado, la persona víctima de infidelidad podría ser dañada a nivel emocional tan severamente que el rubro de confianza podrá fragmentarse y podría tomar la actitud de desconfianza en las relaciones futuras y su entorno.

Según Javier Martin (2014)

Indica que los celos patológicos deben ser tratados terapéuticamente, porque generan un gran sufrimiento en quien lo padece y también terminan por volver loco/a a su

compañero/a. En general los vínculos afectivos se terminan deteriorando con los constantes cuestionamientos, dudas y ataque de celos. Hay personas muy celosas que llegan a límites extremos y pueden llegar a poner en riesgo su vida, la de su pareja y/o la de un potencial o real amante. (p.45)

2.2.4 Abordaje terapéutico para personas en situaciones de infidelidad

Cuando el tema central es la infidelidad, la escuela cognitiva se centra en las creencias personales, indaga acerca de lo que los pacientes creen de una relación, que es para ellos una infidelidad o ser fiel, ya teniendo información de sus creencias, se revisan y de cierta manera las creencias disfuncionales se cambian en el proceso terapéutico.

“En los últimos años algunos terapeutas cognitivos le han prestado más atención a los procesos comunicacionales que se dan en las parejas, llegando a proponer modelos de intervención específicos para parejas que tienen problemas de infidelidad.” (Javier Martin, 2014, p.82)

El modelo sistemático pone hincapié en las creencias de las personas, así como lo dice la escuela cognitiva, sin embargo, se enfoca también en la interacción que se da entre la pareja, o en las relaciones familiares y la comunicación que se suscita desde el inicio de la relación hasta el momento en que surge el conflicto por infidelidad.

2.2.5 Indicaciones y sugerencias terapéuticas

Para las personas que han sido víctimas de infidelidad, el proceso llega a su fin, cuando adquieren conciencia de lo sucedido y son capaces de evaluar sus daños internos, y poder tomar la decisión de si están dispuestos a superar dicha infidelidad mediante la reestructuración de la relación de pareja o prefieren continuar solos el trayecto pues no consideran que la confianza pueda ser recuperada.

Cuando las personas se percatan de una infidelidad y se llega a la violencia verbal y física, la sugerencia es pedir ayuda, ya sea con un profesional de la psicología o consejería, y así recibir terapia de pareja, cuando a un nivel de agresividad, la separación entre la pareja es aconsejable, para no llegar a términos legales.

2.2.6 Terapia cognitivo conductual para combatir la ansiedad

Según David Clark y otros (2016)

El termino cognitivo se refiere al acto de conocer o reconocer nuestras experiencias. Así pues, la terapia cognitiva es un tratamiento psicológico organizado, sistemático, que enseña a las personas a cambiar los pensamientos, creencias y actitudes que juegan un papel importante en los estados emocionales negativos, como por ejemplo ansiedad y depresión. La idea básica de la terapia cognitiva es que la manera como pensamos influye en la manera como sentimos, por lo que el cambiar nuestra manera de pensar puede cambiar también nuestra manera de sentir. (p. 21)

El abordaje de la terapia cognitivo conductual se centra en elaborar métodos o técnicas conductuales, las cuales reducen la ansiedad significativamente, estas técnicas pueden realizarse en terapia y como tarea en casa las cuales son de importantes en la intervención. Se trabaja en conjunto con el paciente, para descubrir las estrategias los cuales ayudaran a reducir la ansiedad.

Para Ruiz (2012)

La terapia cognitiva es un procedimiento de intervención estructura de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales. (p.402)

Se realiza el cuestionamiento socrático, caracterizado por hacer preguntas al paciente y luego resumiéndolas para así identificar cuáles son las conductas que generan ansiedad o el alivio de

ésta. Luego el descubrimiento guiado por el terapeuta en cual sirve para que el paciente obtenga respuestas por sí mismo, de las causas de la ansiedad.

La terapia cognitivo conductual también se enfoca en que el paciente pueda manejar y obtener el control sobre su tiempo, El modelo se interesa en que el paciente maneje o tenga control de su tiempo, redirigiendo responsabilidades y aprendiendo a decir NO. Así mismo se considera que la reducción del estrés es imperativa en durante el tratamiento puesto que las persona que padecen TAG funcionan de mejor manera sin acontecimientos o circunstancias que les generen estrés y se busca generar imágenes positivas guiadas para incentivar al aumento de la eficacia personal del paciente.

“las metas de resultado finales al trabajar con individuos con TAG son disminuir la preocupación, la dificultad para contralarla y la angustia debido a ella”. (Arthur M. y otros, 2006, p. 122) El tratamiento para el paciente tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y así que poder ser testimonio de que una persona con TAG puede ser funcional en todas sus facetas.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Los problemas de pareja se ven asociados a la infidelidad, problemas económicos y constantes agresiones. La infidelidad es un factor que contribuye a que la pareja pierda la confianza y provoque incertidumbre acerca de la relación. Ante esta situación, surge la pregunta de investigación ¿Cómo influye la infidelidad en el desarrollo de un trastorno de ansiedad generalizada en una mujer de 29 años de edad?

Con el presente estudio se plantea determinar cómo un conflicto por infidelidad conlleva a que una persona adquiera el trastorno de ansiedad generalizada y cómo éste afecta en el área psico-social, debido a que el trastorno de Ansiedad Generalizada es una de los trastornos más comunes que afecta a nuestra sociedad.

El resultado de esta investigación permitirá ampliar sobre otros temas y determinar las causas de la constante problemática entre la pareja que puede provocar exacerbación de ansiedad. Así como, priorizar sobre los problemas que pueden generar un estado de nerviosismo, tensión y miedo y cómo los cambios que se generan en la dinámica de pareja pueden provocar un estado de ansiedad.

Ampliar sobre el trastorno de Ansiedad, con el estudio de caso, permitirá refutar sobre esta patología, la cual está compuesta por miedos y preocupaciones excesivas, con o sin amenaza. Se pretende con este trabajo identificar cuáles son los factores para que se suscite una infidelidad y los factores que conllevan a adquirir un trastorno de ansiedad, así como sus características y tratamiento.

El estudio en mención permitirá desarrollar un proceso metodológico de investigación para optar al título de Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social, en la Universidad Panamericana y el mismo será viable, acorde a que se podrá sistematizar la experiencia de la práctica en Psicología Clínica y terapias de pareja, y permitirá evidenciar sobre la problemática existente de matrimonio o una relación, así como estudio de caso, abordar sobre la infidelidad, la cual es un factor que genera consecuencias devastadoras

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influye una infidelidad en el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada, en una mujer de 29 años de edad?

3.3 Objetivo general

Determinar como un conflicto de infidelidad conlleva a que una persona adquiera el Trastorno de Ansiedad Generalizada y cómo afecta el área psico-social.

3.4 Objetivos específicos

- Analizar cuáles son los factores precipitantes para que se suscite una infidelidad.
- Conocer los factores que conllevan a adquirir un Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Indagar como afecta la autoestima de una persona las constantes ofensas y discusiones.

3.5 Alcances y límites

Entre los alcances en el estudio de caso de la Práctica Dirigida, se logró trabajar con pacientes estableciendo buen rapport, el cual fue de beneficio para una exitosa terapia. Durante el proceso se logró identificar los síntomas de cada paciente, ayudar a disminuirlos, así como la instrucción de herramientas para que no reincidan en su vida diaria.

Por otro lado, se designaron tareas para casa las cuales beneficiaron a la paciente, así como, a la familia involucrada, estas tareas fueron dirigidas específicamente a la paciente, sin embargo, la consecuencia de esta práctica, serviría para la mejoría de sus síntomas y disminución de problemática familiar provocada por la patología que presenta la paciente.

Se determinó como limitante, la falta de participación por parte del esposo de la paciente, para el avance del proceso terapéutico y dinámica entre la pareja, siendo de vital importancia el acompañamiento del grupo primario de apoyo en la terapia.

3.6 Metodología

Este trabajo se realizó por medio de método inductivo, siendo parte de la asignatura de Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, de quinto año de la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social. Esta investigación se lleva a cabo por medio de un caso clínico de un paciente referido por el Centro de Asistencia Social CAS.

Durante el proceso de investigación del caso clínico, se utilizó la investigación cualitativa-descriptiva, tomando el caso estudio de forma arbitraria, la cual busca analizar propiedades, cualidades y características de personas o grupos a partir de un caso en particular. Se mantuvo contacto con la paciente en estudio, durante un tiempo prolongado para recopilar información enriquecedora y útil para la investigación.

A partir de toda la recopilación de la información y su debido análisis, se realiza un plan de tratamiento en base al modelo cognitivo conductual, el cual ayuda al paciente a reconocer, conocer y cambiar los pensamientos así como las creencias y acciones que sean negativas o perjudiciales para el mismo, la base de este tipo de terapia tiene como idea principal que, así como pensamos así es como nos sentimos, por lo tanto evitar ciertos pensamientos negativos determina la mejoría de nuestro sentir, los resultados positivos de la reducción de los síntomas de la ansiedad en pacientes es de gran ayuda para que las personas con esta patología mantengan una vida más placentera y reconfortante.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

4.1.1 Datos generales

Nombre: S.M.R.d.V.

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 26 de marzo 1,989

Edad: 29 años

Estado Civil: casada

Escolaridad:

Institución:

Profesión:

Ocupación y lugar de trabajo: maestra de ingles

Religión: cristiana

4.1.2 Motivo de consulta

La paciente refiere: "Tengo 5 meses de separada, por decisión de él, porque me engaño" (SIC).

4.1.3 Historia del problema actual

La paciente refiere que los problemas empezaron hace año y medio, comenta que cuando empezó la relación y durante el primer año de casados todo marchaba bien, sin embargo, hace año y medio cuando ella quedo embarazada y viendo que el embarazo era de alto riesgo el esposo decidió o tener más relaciones para no dañar al bebe. Luego de tener a la hija de ambos, se esperó

la dieta sugerida por el médico, sin embargo, cuando ya se podían tener relaciones la paciente noto que su esposo no la buscaba, la paciente con cautela le pedía tener relaciones sexuales y él se negaba reclamando que se encontraba cansado.

Luego de estos desprecios y varias discusiones al respecto, la paciente descubre que su esposo la estaba engañando con diferentes mujeres. La paciente al enterarse de esto le reclama y le cuestiona porque lo hizo, y su esposo le contesta que lo ignora y que ha decidido irse de la casa para evitar más pleitos.

La paciente al percatarse de este problema y del abandono de su esposo, se altera provocando en ella tristeza profunda, sin ganas de hacer las tareas de la casa y del trabajo, así mismo refiere que siente miedo de que el esposo no vuelva con ella.

La paciente refiere que este acontecimiento le causo problemas con la familia, causo controversia de opiniones de varios integrantes de la familia, culpándola de las infidelidades de su esposo, reclamándole a ella que por ser tan fría e independiente él se cansó de ella. Todo esto provoco en la paciente tristeza y culpa. Sin embargo, la paciente expresa que necesita ayuda psicológica y quiere recuperarse del abandono, ya que necesita regresar a su vida normal y atender a su hija de la mejor manera.

4.1.4 Historia clínica

Refiere no tener conocimiento de los cuidados prenatales de la madre, sin embargo, tiene conocimiento que no fue planificada y que fue parto normal y sin ninguna complicación, en la evolución neurológica tal como la motricidad, sueño, detención y control de esfínteres, la paciente refiere no tener conocimiento de algún inconveniente, así como en la evolución del lenguaje.

En cuanto al desenvolvimiento escolar, la paciente indica, no haber tenido ningún acontecimiento significativo durante sus años escolares, sin embargo, si tiene presente que la relación de compañeros y maestros de estudio fueron amenas y dando paso a amistades duraderas. También

cuenta, no haber perdido algún año o repetido algún grado, todos sus años escolares se dieron en el tiempo estipulado.

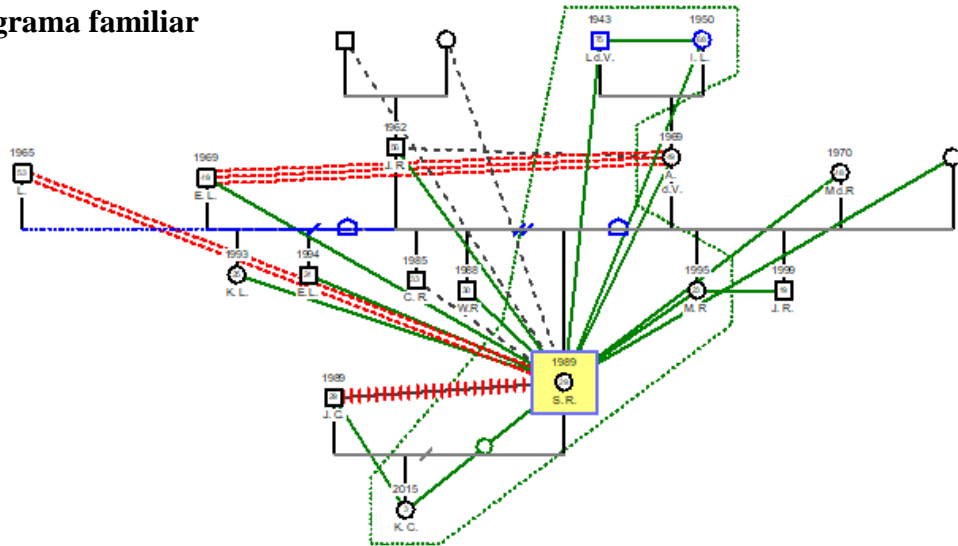
El desenvolvimiento social de la paciente, no presentó tener algún problema para establecer buenos vínculos y amistades duraderas, y siempre estuvo rodeada de varios amigos. Durante su adolescencia expresa haber vivido en el extranjero y las relaciones con sus amistades y conocidos era más cordial que aquí en Guatemala, expresa que aquí se percató de que las personas ponían apodos a los compañeros de clases, y que las mismas maestras la llamaban a ella "gorda" "chaparra" y otras palabras despectivas. Sin embargo, no tuvo ningún inconveniente con sus iguales.

En la adultez la paciente, empezó a laborar a los 18 años, de atención al cliente en una cohetería. Después de este trabajo fue contratada en varios colegios como maestra de inglés y en la actualidad labora en un colegio de renombre. La paciente refiere haber tenido noviazgos sin compromiso, su primera relación sexual fue con su novio formal donde duraron 4 años, luego de esta relación conoce a su actual esposo durando 5 meses de novios y luego contrajeron matrimonio, la vida sexual con su esposo era favorable y activa el primer año, al quedar embarazada y después del parto las relaciones ya no fueron frecuentes provocando distanciamiento entre ellos

4.1.5 Historia familiar

Imagen 2

Genograma familiar



Fuente: elaboración propia basado en la entrevista con la paciente (2018)

Estructura familiar, actualmente la paciente con su hija de 3 años de edad, con sus abuelos maternos, el abuelo tiene 75 años de edad, la abuela 68 años de edad, y una hermana de 24 años de edad, la relación con los abuelos de la paciente, es cordial y de respeto, sin embargo, comenta por momentos la relación se ve afectada cuando ambos abuelos ingieren bebidas alcohólicas, y esto les provoca, un estado en el cual, su carácter cambia, y se generan discusiones y pleitos entre los abuelos y la paciente, La relación con su hermana es de respeto y cordialidad. La situación económica de la familia es media, viéndose en varias ocasiones cortos de dinero. Los abuelos apoyan a la paciente con vivienda.

Antecedentes familiares; la madre de la paciente está casada por tercera vez, es ama de casa y vive con su actual pareja, el padre de la paciente, Bombero de profesión, casado por segunda vez, con dos hijos. La paciente tiene relación con la segunda pareja de su madre, al cual consideraba como su padre, ya que lo conoce cuando tenía dos años de edad, y se entera que no es su padre a los 12 años, sin embargo, lo considera como un padre (padrastro) y a relación entre ellos es

cordial y estrecha. La relación con sus hermanos por parte del padre es cordial, así como la relación que tiene con sus hermanos por parte de su madre y padrastro.

4.1.6 Examen mental

El aspecto general de la paciente presenta arreglo e higiene personal, su vestuario adecuado a su edad, mantiene contacto visual. Su conducta es cooperadora y abierta sin embargo se observa ansiedad por resolver su situación. El estado de cognición de la paciente mantiene orientación en persona, lugar y tiempo, su atención y concentración son satisfactorias. Mantiene memoria de corto, mediano y largo plazo.

El discurso es espontáneo con habla fluida. Actualmente las preocupaciones están afectando su sueño y apetito, por lo mismo mantiene tristeza profunda y maneja culpa. La personalidad de la paciente se orienta hacia una persona cálida sensible al mismo tiempo, por momentos insegura e independiente. No se le dificulta tener amistades. La actitud hacia sí misma es un tanto de crítica. Es flexible con la actitud moral y religiosa. Mantiene un humor preocupado, abierto y optimista. Su reacción ante las situaciones críticas le afectan por lo mismo hay desilusiones e insatisfacciones de necesidades biológicas. La paciente presenta rasgos de carácter pasivo.

4.1.7 Resultado de pruebas

Tabla 1
Pruebas aplicados

Prueba aplicada	fecha de aplicación
Figura humana	6/08/18
Test del árbol	6/08/18
Test persona bajo la lluvia	13/08/18
Test de la familia	13/08/18
CAQ	13/08/18
Inventario de autovaloración de ansiedad (estado y rasgo)	27/08/18
Inventario de depresión (estado y rasgo)	27/08/18

Fuente: Elaboración propia (2018)

Test de la figura humana, los resultados de la prueba reflejan fantasía compensatoria, con perseverancia y seguridad con excesiva moral que ostenta un fuerte dominio sobre sus instintos. Con aspecto formal entre lo normal. También se identifica al paciente con personalidad auto dirigida, adaptada, centrada en sí misma y alta seguridad sin embargo tiende a la manía, a la timidez, infantilidad y agresividad a nivel verbal. Por otro lado, los resultados perciben expresión de ansiedad, deseo de perfeccionamiento fundamentado en inseguridad sin embargo se denotan satisfacción genuina con el rol sexual y coquetería.

Se reflejan altas aspiraciones intelectuales y deseo de deslumbrar hechiceramente, deseo de contacto, adoptando una actitud pasiva, así como defensiva sin embargo se evidencia en la prueba al paciente con dificultad de contacto con sentimiento de culpa en relación a actividades manipulatorias.

Test del árbol ésta prueba, nos indica que la paciente siente delicadeza o debilidad de energía, proyecta impaciencia, también representa rasgos de imaginación y dulzura. Se denota orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad. Se refleja que la paciente

mantiene pesadumbre e inmovilidad, esto se demuestra con la fijación con la tierra con menor movilidad psicológica y tendencia a la obesidad. Por lo mismo la paciente tiende a demostrar fuerza natural o por compensación del sentido de impotencia y tendencia a la brutalidad. La prueba muestra que la paciente tiene facilidad de contacto con el ambiente y tiende a tener explosividad, impulsividad, impresionalidad.

La prueba nos da resultados de fantasía, vanidad, exhibición, por otro lado, dulzura, imaginación, compensación afectiva y falta de madurez intelectual o afectiva. Se visualiza en la prueba desarrollo detenido e impedido, así como inhibición de afectos, sentimientos de inferioridad.

Se refleja autocontemplación ensoñación, gusto por lo efímero y accesorios, por otro lado, utilidad, rendimiento, en la infancia y adolescencia, interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar su capacidad.

Test de la lluvia, nos indica que la paciente mantiene una necesidad de mostrarse, de ser reconocida, de ser tenida en cuenta sin embargo, es una persona que demuestra estar sana, equilibrada, adaptada, elaboradora, constante y armoniosa con agilidad y mucha excitabilidad dispuesta a enfrentar al mundo y orientarse hacia él, lo cual se revela por sus acciones presentes sin embargo esto le provoca incertidumbre, auto insatisfacción e indecisión por lo mismo se evidencia en la prueba que la paciente se pone obstáculos para avanzar en la vida por temor y presión parental esto le provoca angustia.

Por otro lado, se evidencia en la prueba sufrimiento fetal por parte de la paciente por acontecimiento traumático ocurrido a la madre embarazada. También se observa en la prueba que la paciente padece conflicto interior, sexual sentimiento de culpa con falta de defensas por otro lado, tiene deseo de poder, vanidad, perseverancia de idea. También se evidencia en la prueba potencia sexual, vitalidad, apasionamiento y seducción.

Test de la familia ésta prueba nos indica que la paciente mantiene conflictos emocionales ya sea por temor, o envidia hacia uno de los miembros de la familia por lo mismo hay distanciamiento emocional entre estos. Es una persona determinada y decidida con sentimientos, emoción y

aspectos femeninos y expansión imaginativa. Por otro lado, se refleja en la prueba preocupación por rendimiento académico intelectual con medidas compensatorias también se reflejan conductas agresivas físicas, así como conductas masturbatorias.

La prueba psicométrica C.A.Q, proyecta que, el paciente es depresivo a la cual le preocupan las funciones de su cuerpo, la puntuación de la triada es elevada por consiguiente la paciente presenta mayor peso en depresión, esto refleja el deseo de autodestrucción, se encuentra preocupada, tensa manejando algo perturbable y sueños molestos sin energía para actuar, sentimientos de intranquilidad.

Tiende a autocriticarse, se acusa de los errores, sentimiento de culpabilidad por otro lado, cree que se le persigue, controla o maltrata. En ocasiones acepta lo antisocial en sí mismo o en otros y en ocasiones tiene sentimientos de inferioridad.

Tabla 2
C.A.Q (interpretación cuantitativa)

ESCALA	PUNTUACION DIRECTA	DECATIPO
D1	9	9
D2	12	10
D3	9	4
D4	12	8
D5	20	10
D6	18	9
D7	4	6
Pa	14	9
Pp	17	7
Sc	8	8
As	11	5
Ps	10	8

Fuente: cuadro de resultados (2018)

El inventario de Autovaloración de ansiedad, dio resultados altos en estado de ansiedad y rasgos de ansiedad. La paciente en este momento se encuentra en un estado de ansiedad alto lo cual es un estado de condición emocional transitoria que se traduce como: "cómo se siente la persona en este momento"; y la ansiedad como rasgo es un estado de cómo se siente la paciente habitualmente es aquí donde la personalidad esta predispuesta a la ansiedad como rasgo.

Tabla 3

Inventario de Autovaloración de ansiedad (interpretación cuantitativa)

Estado					Rasgo				
no		un poco	Bastante	Mucho	casi nunca		algunas veces	Frecuentemente	casi siempre
1.	1	2	3	4	21.	1	2	3	4
2	1	2	3	4	22	1	2	3	4
3	1	2	3	4	23	1	2	3	4
4	1	2	3	4	24	1	2	3	4
5	1	2	3	4	25	1	2	3	4
6	1	2	3	4	26	1	2	3	4
7	1	2	3	4	27	1	2	3	4
8	1	2	3	4	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
10	1	2	3	4	30	1	2	3	4
11	1	2	3	4	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	33	1	2	3	4
14	1	2	3	4	34	1	2	3	4
15	1	2	3	4	35	1	2	3	4
16	1	2	3	4	36	1	2	3	4
17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	1	2	3	4	39	1	2	3	4
20	1	2	3	4	40	1	2	3	4
r// 59					r// 52				

Fuente: Hoja de respuestas, IDARE (2018)

La prueba de autovaloración de depresión nos indica la depresión como estado (una condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir síntomas depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). La prueba nos indica que la paciente tiene un estado de depresión moderada, el cual se identifica con síntomas de tristeza a una pérdida o amenaza, por otro lado, indica que la escala de depresión como rasgo también se encuentra en un nivel alto el cual, nos da evidencia que la paciente es propensa a sufrir estados depresivos.

Tabla 4
Autovaloración de depresión (interpretación cuantitativa)

Estado					Rasgo				
no	un poco	bastante	Mucho		casi nunca	algunas veces	frecuentemente	casi siempre	
1.	1	2	3	4	21.	1	2	3	4
2	1	2	3	4	22	1	2	3	4
3	1	2	3	4	23	1	2	3	4
4	1	2	3	4	24	1	2	3	4
5	1	2	3	4	25	1	2	3	4
6	1	2	3	4	26	1	2	3	4
7	1	2	3	4	27	1	2	3	4
8	1	2	3	4	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
10	1	2	3	4	30	1	2	3	4
11	1	2	3	4	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	33	1	2	3	4
14	1	2	3	4	34	1	2	3	4
15	1	2	3	4	35	1	2	3	4
16	1	2	3	4	36	1	2	3	4
17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	1	2	3	4	39	1	2	3	4
20	1	2	3	4	40	1	2	3	4
r// 45					r// 45				

Fuente: Hoja de respuesta, IDARE (2018)

4.1.8 Impresión diagnóstica

En base a la interpretación de las pruebas realizadas, estado mental, así como la entrevista, se verifica que la paciente S.M.R.d.V. presenta un estado emocional displácentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que se presentan como reacción adaptativa o como síntoma. Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) que presenta son: preocupación excesiva, miedos irracionales, inseguridad, sentimientos de incompetencia, timidez y evitar afrontamientos. También presenta sensaciones somáticas tales como: de tensión muscular y espasmos.

Las pruebas nos dan resultados altos en ansiedad lo que podría darse a consecuencia de la situación estresante que está atravesando la paciente por la pérdida del cónyuge a consecuencia de la infidelidad. Esta situación le está causando problemas en el ámbito laboral y familiar, con resultados como llamadas de atención constantes por parte del jefe debido al estado emocional desequilibrado que presenta y por otro lado las relaciones familiares se han tornado difíciles pues exigen que preste más cuidado y atención a la hija de 2 años, y aunado a esto se suman los constantes reclamos e imposiciones de no regresar con el cónyuge lo cual incrementa los sentimientos de ansiedad, nerviosismo y angustia.

4.1.9 Diagnóstico según DSM-5

Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario

V61.03 Ruptura familiar por separación o divorcio (Z.63.5)

300.02 Trastorno de ansiedad Generalizada (F41.1)

4.1.10 Plan terapéutico

Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales, Nezu (2006) describe que la terapia cognitivo conductual se encuentra dentro de un marco clínico experimental e incorpora una amplia definición de conducta que abarca acciones abiertas, fenómenos cognitivos internos y la experiencia de afecto o emociones. La complejidad de estos componentes va de eventos de nivel inferior, por ejemplo, fumar un cigarrillo, hiperventilación, un comentario crítico en una interacción diádica a conceptos morales es decir nivel superior p. ej., habilidades sociales complejas, resolver un problema complicado de cálculo, un trastorno depresivo grave y trastorno de ansiedad generalizada

El modelo se basa en identificar los problemas que aquejan al paciente, así como los síntomas y quejas. Para el terapeuta este modelo le ayuda para que el paciente llegue de A a B logrando en él los objetivos establecidos. Se aplica la Resolución de problemas los cuales ayudan a que el paciente no encuentre ningún inconveniente a la hora de recibir terapia, falta de recursos, etc.

Tiempo estimado; el tiempo estimado de la terapia es de 6 meses, aproximadamente 36 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

Tabla 5
Presentación de Plan Terapéutico

Problema clínico	Síntomas	objetivo	Técnicas	Observaciones	Recursos
Ansiedad generalizada	Preocupación excesiva	Alterar las meta cogniciones desadaptativas	Inventario de ansiedad Reestructuración cognitiva Terapia de resolución de problemas Terapia ampliación de problemas	Dichas técnicas se presentarán en 6 sesiones, se ensayaran en consulta y se asignan como tarea para casa.	Colocar según técnica todos los materiales que se utilizaran, ej: marcadores, paleógrafo, cd de música relajante etc
	Inseguridad	Reducir el comportamiento evitativo	Estrategias interpersonales Terapia integrativa	Cada módulo se divide en cierta cantidad de unidades, las cuales de realizarán en 12 sesiones.	
	Somatización	Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad	Entrenamiento de relajación Desensibilización de autocontrol Entrenamiento e higiene para dormir	Tarea para casa	

Fuente: elaboración propia basado en impresión diagnóstica (2018)

4.1.11 Análisis de resultados

Kaplan (1994) refiere que

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. (pag.10)

Existen varios factores que conllevan a adquirir un trastorno de ansiedad generalizada, como por ejemplo el miedo eminente a discusiones, preocupaciones, conflictos y situaciones peligrosas. Los síntomas que evidencian a este trastorno son las constantes preocupaciones y pensamientos recurrentes por parte del individuo afectado. Esta constante problemática provoca síntomas somáticos como nerviosismo, alteraciones en el ritmo cardíaco, opresión en el pecho, etc. Se determinó que la paciente de 29 años víctima de infidelidad mantiene un miedo constante o preocupación. Estas diferentes alteraciones podrían inducir a que la paciente adquiera daños psicológicos, biológicos y sociales, alterando así su funcionamiento y desempeño cotidiano.

Martin (2014) refiere que

Debemos tratar de entender y explicar tanto la fidelidad como la infidelidad. Habitualmente hay fenómenos que tienden a ser deseados por la sociedad que parecen fueran naturales y que no merecieran explicación. Este es el caso de la fidelidad, en general se cree que es algo natural y que por tanto no debe ser explicado, pero a mi entender es un fenómeno humano como cualquier otro y debemos tratar de comprenderlo tomando todos los factores del juego. Clásicamente se trata de buscar las causas de la infidelidad, así de las de la fidelidad, pero en estas posturas ya se instala un prejuicio social muy fuerte que intenta explicar lo que se considera desviado, malo, distinto o enfermo, justamente en el no dicho es donde aparece el prejuicio desde el que se suele enfocar el tema de la infidelidad. (p.21)

Según la investigación llevada a cabo, se determinó que los factores precipitantes que podrían motivar una infidelidad son; el aburrimiento y el riesgo de la rutina de pareja, ya que las personas podrían llegar a sentirse poco motivadas y la relación podría carecer en algún momento de incentivos para avivar la emoción, por otro lado, el aburrimiento podría derivarse de crisis existenciales o depresión por la que uno o ambas personas atraviesan. Estos conflictos pueden ser abordados mediante un proceso terapéutico adecuado.

Otro aspecto que se toma en cuenta como causa de infidelidad es “la vanidad, esto debido a que se produce en la persona cierta necesidad de seducir a otros (as) como proceso de autoafirmación y con ello también surge la necesidad de aprobación, por lo que andan en busca emociones que reafirmen su ego, esto implica el coqueteo mutuo y halagos constantes.

Como último, pero no menos importante, durante la intervención psicoterapéutica realizada se puso en evidencia las secuelas emocionales de la paciente de 29 años a consecuencia de la infidelidad, y por otro lado las ofensas verbales y constantes discusiones por parte del cónyuge han provocado un deterioro, psíquico y físico evidente. La paciente mantiene un estado de ánimo displacentero, provocando en ella rechazo hacia su persona, sintiéndose poco atractiva y desvalorizada por su pareja y los demás, la autoestima ha sido significativamente afectada, provocando desconfianza en sí misma y adquiriendo sentimientos de culpa por lo sucedido, causando en ella dudas que la llevan a cuestionarse si está siendo engañada nuevamente o si es lo suficientemente capaz de hacer de mejor manera las cosas dentro de su relación o si logrará la aprobación absoluta del cónyuge.

Conclusiones

Se concluye que la infidelidad entre la pareja se debe a muchos factores, el riesgo a la rutina, aburrimiento, vanidad, creencias, valores y otros, los cuales hacen que el hombre o la mujer busquen afecto, comprensión o satisfacción sexual en una tercera persona. Las personas que mantienen una relación sana con sus parejas están comprometidas con el contrato que se estableció desde el inicio de la relación, la cual hace que estos factores no obstruyan o rompan con el compromiso.

Los problemas de pareja generan conflictos emocionales preocupantes, sin embargo, se estableció que el acto de infidelidad es una problemática que acrecienta de gran manera la preocupación y deterioro en todos los ámbitos de la persona engañada, generando en sí, un trastorno de ansiedad generalizada.

Se identificó que la autoestima de una persona sometida a engaños, ofensas y discusiones por parte de la pareja, se ve afectada significativamente llegando a considerarse como una persona, desvalorizada y que no merece ser querida.

Recomendaciones

En una relación de pareja, es recomendable mantener una comunicación fluida y dinámica, así mismo, mantener el compromiso del cuidado y amor que se le promete a la otra persona. Esto se puede lograr mediante la implementación de una comunicación asertiva y trato de respeto buscando reforzar los aspectos positivos del otro y por último buscar la autorrealización y trascendencia personal lo cual llevará también al crecimiento del cónyuge.

Los resultados de las pruebas revelaron un nivel significativo de ansiedad en paciente, por lo que se recomienda, recibir apoyo psicológico abordando el malestar que conlleva dicha patología, así como terapia de pareja para disminuir las constantes diferencias.

Es recomendable que la paciente reciba atención en los diferentes aspectos que le provocan las constantes discusiones con el conyugue, haciendo énfasis en la autoestima ya que de esta forma ayudará a que la paciente encuentre valor en ella, y en todo lo que hace.

Referencias

- Clark, D. y otros. (2016). *La Ansiedad y las preocupaciones, la solución cognitiva conductual*. España: Editorial Desclée De Brouwer.
- Martín, J. (2014). *Fidelidad e infidelidad: en relaciones de pareja*. Editorial Dunken.
- Roca, E. (2015). *Como superar el pánico, programa de autoayuda*. Valencia: Editorial Graficas Pompella
- Arthur M. y otros (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales*. México: Editorial Manual Moderno
- María Ruiz y otros, (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer
- Biondi, M. (1989) *Psicobiología y terapéutica de la ansiedad en la práctica médica*. Barcelona: Lab. Wyeth
- Kaplan Hi, Sadock Bj. Grebb JA. (1994) *Synopsis of Psychiatry*. 7ª Edición. USA.
- Barlow, D.H. (2002) *Anxiety and its disorders: The Nature and treatment of anxiety and panic*. 2da. Edition. New York: Guilford Press
- Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.L. (1985) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

PROBLEMÁTICA	VARIABLE DE ESTUDIO	SUB-TEMAS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
Agresividad hacia la pareja	Trastorno de Ansiedad Generalizada	Relaciones de pareja	¿Cómo influye la infidelidad en el desarrollo de un trastorno de ansiedad generalizada en una mujer de 29 años de edad?	Determinar cómo un conflicto por infidelidad conlleva a que una persona adquiera el trastorno de ansiedad generalizada y cómo este afecta en área psico-social	Analizar cuáles son los factores precipitantes para que se suscite una infidelidad
Infidelidad en el matrimonio		Factores precipitantes de la infidelidad			Conocer los factores que conllevan a adquirir un trastorno de ansiedad generalizada.
Palabras ofensivas y discusiones recurrentes		Baja autoestima			Indagar como afecta la autoestima de una persona las constantes ofensas y discusiones.

Fuente: Elaboración propia basado en diagnóstico de la paciente

Anexo 2

Consentimiento informado

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

Estudiante /Practicante

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

El estudiante será acompañado y supervisado por el profesional _____
docente encargado del curso de Practica_____.

Información de las sesiones de Consejería y/o Terapia

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

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

Confidencialidad

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

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

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

Revocación del Consentimiento

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

Declaración de Consentimiento (usuario adulto)

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

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

Firma _____

Número de DPI: _____

Consentimiento Informado (usuario menor de edad)

Yo, _____
he leído el documento de consentimiento informado que se me entregó el día _____ en el
mes de _____ del año _____. He comprendido las
explicaciones en él entregadas acerca de las sesiones de consejería y/o terapia psicológica
facilitados por los practicantes de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la
Facultad de Ciencias Psicológicas de Universidad Panamericana. He sido informado de la
confidencialidad de los datos por lo que AUTORIZO LA PARTICIPACIÓN de:

menor de edad a mi cargo, y responsabilidad en mi calidad de _____.

También comprendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presento
comprometiéndome a informar al consejero/terapeuta.

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

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

Firma _____

Número de DPI: _____

Anexo 3

Examen mental adultos

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:

<input type="checkbox"/> Cooperador	<input type="checkbox"/> Ansioso
<input type="checkbox"/> Abierto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Despreocupado	
<input type="checkbox"/> Hostil	<input type="checkbox"/> Distraído
<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Evasivo
<input type="checkbox"/> Concentrado	<input type="checkbox"/> Lento
<input type="checkbox"/> Atento	<input type="checkbox"/> Desorientado
<input type="checkbox"/> Relajado	<input type="checkbox"/> Amable
<input type="checkbox"/> Repetitivo	<input type="checkbox"/> Inseguro
<input type="checkbox"/> Confiado	<input type="checkbox"/> Retador

Forma en que pasa el día:

Observaciones:

1.3 Conducta motora:

<input type="checkbox"/> Mov. estereotipado	<input type="checkbox"/> Aumento de actividad motora
<input type="checkbox"/> Mov. lento	<input type="checkbox"/> Disminución de actividad motora
<input type="checkbox"/> 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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Habla incesante | <input type="checkbox"/> Usa expresiones extrañas |
| <input type="checkbox"/> Habla escasa | <input type="checkbox"/> Usa palabras sin sentido |
| <input type="checkbox"/> Habla espontánea | <input type="checkbox"/> Fuga de ideas |
| <input type="checkbox"/> Habla fluida | <input type="checkbox"/> Concreto |
| <input type="checkbox"/> Habla escueta | <input type="checkbox"/> Circunstancial |
| <input type="checkbox"/> Discurso rápido | <input type="checkbox"/> Tangencial |
| <input type="checkbox"/> Discurso lento | <input type="checkbox"/> Bloqueos |
| <input type="checkbox"/> Discurso vacilante | <input type="checkbox"/> Disociaciones |
| <input type="checkbox"/> Discurso explosivo | <input type="checkbox"/> Reiteraciones |
| <input type="checkbox"/> Expresión precisa | <input type="checkbox"/> Perseverancias |
| <input type="checkbox"/> Expresión | <input type="checkbox"/> Incoherencias |
| <input type="checkbox"/> Se pierde en interrupciones | <input type="checkbox"/> Incongruencias |
| <input type="checkbox"/> Cambio de tema frecuente | <input type="checkbox"/> Neologismos |
| <input type="checkbox"/> Prolijidad | <input type="checkbox"/> Pararespuestas |
| <input type="checkbox"/> Usa palabras apropiadas | <input type="checkbox"/> Debe consignarse |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Balbuceo |
| <input type="checkbox"/> Vago | <input type="checkbox"/> Tartamudeo |

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

- Ansiedad Temores Pensamiento morboso
- Ideas obsesivas: _____
- Compulsiones y rituales: _____
- _____
- Fobias: _____
- Ideas delirantes: _____
- _____
- Ideas suicidas: _____
- Planes _____ a _____ futuro
- ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?
- _____
- _____ ¿Las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño y/ o apetito?
- ____SI ____NO
- _____

5 Creencias y experiencias anormales

5.1.1 En relación al ambiente:

- ilusiones alucinaciones delirios ideas de referencia
- interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación 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 hipotímico	____ Afecto hipertímico	____ Hiperactividad
____	____ Labilidad emocional	____ Culpa
Embotamiento	____ Pánico	____ Miedo
____ Depresión	____ Hostilidad	____ Ansiedad
____	____ Calma	Otros: _____
____ Elación	____ Aflicción	Tono afectivo durante la entrevista y situaciones en las que se altera: _____
____ Enojo	____ Perplejidad	____ Congruencia de afecto con discurso
____ Susplicacia	____ Aburrimento	____ Afecto al nivel de intensidad apropiado
____ Alegría		____ ¿Expresión de verdaderos sentimientos?
____ Tristeza		

7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual:

_____ Insight

Enfermedad: mental de nerviosa física ayuda relac. problema personal que espera:

Tipo _____

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 _____

_____ Ansiedad a Observaciones: _____

_____ Irritabilidad _____ Enojo _____

ad _____ 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
_____ suspicaz	_____ pendenciero	_____ dependiente
_____ resentido	_____ autoritario	_____
independiente	_____ seductor	_____ introvertido
_____ agresivo	_____ ambivalente: _____	
_____ extrovertido		

Capacidad para hacer y mantener relaciones: _____

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

Actitud hacia su propio sexo: _____

9. 2 Actitudes hacia sí mismo:

_____ indulgente _____ egocéntrico _____ vano

____ histriónico
____ preocupado
____ minucioso
negligente
____ descuidado
____ Satisfacción consigo mismo

Ambiciones _____ y _____ metas:

Actitudes _____ hacia _____ su _____ salud:

Actitud _____ hacia _____ éxitos _____ y _____ fracasos:

9. 3 Actitudes morales y religiosas:

____ comprometido
____ disoluto
____ escrupuloso
____ flexible

____ no comprometido
____ moderado
____ conformista
____ rígido

CREENCIAS _____ religiosas _____ que _____ profesa:

9. 4 Humor y ánimo:

____ estable
____ irritable
____ inhibido
____ habilidad para expresar y controlar emociones

____ cambiante
____ preocupado
____ abierto

____ optimista
____ tenso
____ expresivo

____ pesimista
____ práctico

9. 5 Intereses y actividades:

____ usa tiempo libre solo familia
____ con pocos amigos
____ con muchos amigos
____ con _____

9. 6 Fantasías:

____ sueños repetitivos
____ sueños impresionantes
____ sueña despierto

9. 7 Reacción a situaciones críticas:

____ tolerancia a frustración
____ insatisfacción de necesidades biológicas
____ uso de mecanismos de defensa: _____

____ tolerancia a pérdida
____ insatisfacción de necesidades sociales

____ desilusiones

9. 8 Rasgos del carácter:

____ pasivo ____ agresivo
esquizoide
____ neurótico ____ paranoide

____ pasivo- agresivo ____
____ psicopático ____ asténico

Otro: _____

Anexo 4
Entrevista Adultos

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 5

Inventario de autovaloración de Ansiedad (IDARE)

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: A algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos.

	NO	UNPOCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento caído	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento atterado	1	2	3	4
7. Estoy atterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre un círculo el número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI	ALGUNAS FRECUEN- VECES TEMENTESIEMPRE	CASI NUNCA	
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidir rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los engaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo 6

Inventario de Autovaloración de depresión (IDARE)

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora.

No, en absoluto -1
Un poco 2
Bastante 3
Mucho 4

Primera Parte

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación ()
2. Estoy preocupado ()
3. Me siento con confianza en mí mismo ()
4. Siento que me canso con facilidad ()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme ()
6. Siento deseos de quitarme la vida ()
7. Me siento seguro ()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo ()
9. Me canso más pronto que antes ()
10. Me incierto a ver el lado bueno de las cosas ()
11. Me siento bien sexualmente ()
12. Ahora no tengo ganas de trabajar ()
13. He perdido la confianza en mí mismo ()
14. Siento necesidad de vivir ()
15. Siento que nada me alegra como antes ()
16. No tengo sentimientos de culpa ()
17. Duermo perfectamente ()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea ()
19. Tengo gran confianza en el porvenir ()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir ()

Hoja de Respuesta

Nombre: _____

Fecha: _____

ESTADO					RASGO			
	No	Un poco	Bastante	Mucho	CasiNunca	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
1.					1.			
2.					2.			
3.					3.			
4.					4.			
5.					5.			
6.					6.			
7.					7.			
8.					8.			
9.					9.			
10.					10.			
11.					11.			
12.					12.			
13.					13.			
14.					14.			
15.					15.			
16.					16.			
17.					17.			
18.					18.			
19.					19.			
20.					20.			
					21.			
					22.			