



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN
COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TITULO DE: PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

ANSIEDAD Y SU AFECTACIÓN EN EL ÁREA EMOCIONAL EN UNA
ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO

AUTORA:

RIVADENEIRA VELASCO TAHIRI ANABEL

TUTOR:

ABG. GÓMEZ VILLALBA DANIEL ALEJANDRO, MSC

BABAHOYO – ECUADOR

2022



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



RESUMEN

El presente trabajo “Ansiedad y su afectación en el área emocional en una adolescente de 15 años”, se fundamentó en que la ansiedad es la preocupación y miedo excesivo, recurrente hacia el futuro, donde se involucran las emociones negativas, positivas o neutras. Se utilizó una metodología con un enfoque descriptivo cualitativo con un diseño cuasiexperimental, en el cual se implementó diversas técnicas para la obtención de información entre ellas se encuentran la observación clínica, entrevista semiestructurada empleando como instrumento para la recolección de datos la historia clínica, baterías psicométricas, por ejemplo, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ), Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS), mismos que fueron de gran utilidad para corroborar el diagnóstico presuntivo de la paciente, mismo, que se verificó por medio de los manuales diagnósticos, como es el DSM-V (300.01) Trastorno de pánico y la CIE-10 (F41.0) Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica). Entre los hallazgos detectados se encontraron que, a partir del allanamiento de morada de forma sorpresiva por parte de los policías, debido a esto la púber empezó a presentar ataques de pánico, igualmente, dificultad para contestar llamadas telefónicas de personas extrañas, especialmente si son de hombres. Por último, se planteó técnicas psicoterapéuticas basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual, donde se aplicó la reestructuración cognitiva, por ende, se espera que en las siguientes sesiones o en un futuro se aplique las técnicas de respiración en 4 tiempos y relajación pasiva, puesto que permitirán controlar su sintomatología.

Palabras claves: ansiedad, emociones, pánico, diagnóstico, psicoterapia.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



ABSTRACT

The present work "Anxiety and its affectation in the emotional area in a 15-year-old adolescent", was based on the fact that anxiety is excessive worry and fear, recurring towards the future, where negative, positive or neutral emotions are involved. A methodology with a qualitative descriptive approach with a quasi-experimental design was used, in which various techniques were implemented to obtain information, among them are clinical observation, semi-structured interview using clinical history as an instrument for data collection, psychometric batteries , for example, Beck Anxiety Inventory (BAI), Traumatic Experiences Questionnaire (TQ), Bandelow Panic and Agoraphobia Scale (PAS), which were very useful to corroborate the patient's presumptive diagnosis, which it was verified through the diagnostic manuals, such as the DSM-V (300.01) Panic disorder and the ICD-10 (F41.0) Panic disorder (episodic paroxysmal anxiety). Among the findings detected, it was found that, from the surprise home invasion by the police, due to this the pubertal began to have panic attacks, as well as difficulty answering phone calls from strangers, especially if they are from mens. Finally, psychotherapeutic techniques based on Cognitive-Behavioral Therapy were proposed, where cognitive restructuring was applied, therefore, it is expected that in the following sessions or in the future the 4-stroke breathing techniques and passive relaxation will be applied, since that will allow you to control your symptoms.

Keywords: anxiety, emotions, panic, diagnosis, psychotherapy.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	3
Justificación	3
Objetivo	4
SUSTENTOS TEÓRICOS	5
1. <i>Ansiedad</i>	5
2. <i>Área emocional</i>	9
3. <i>Relación entre la ansiedad y el área emocional</i>	13
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	14
Resultados obtenidos	16
<i>Sesiones</i>	16
<i>Situaciones detectadas (hallazgos)</i>	18
SOLUCIONES PLANTEADAS	21
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	29



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



ÍNDICE DE TABLA

Tabla 121



INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo constituye un estudio de caso probatorio previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico donde hace referencia la línea de investigación “Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento Psicoterapéutico en el ámbito clínico” y la sublínea de investigación “Psicoterapias individuales y/o grupales” de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación misma que pertenece a la Universidad Técnica de Babahoyo, donde se pretende indagar sobre la ansiedad y su afectación en el área emocional en una adolescente de 15 años de edad residente de la ciudad de Babahoyo.

La temática del siguiente estudio de caso abarca dos variables, la primera variable que es la ansiedad la cual alude a la preocupación y miedo de forma excesiva, repetitiva ante alguna situación de peligro que sea considerada por la persona como amenaza, por otro lado, la otra variable es el área emocional estando involucradas las emociones haciendo mención a las reacciones de manera psicofisiológicas que simbolizan el modo de adaptación de la persona al momento de percibir un evento activador ante circunstancias que pueden ser amenazantes o la vez pueden ser situaciones positivas. A través de este estudio se desea evidenciar cómo la primera variable repercute en la segunda dependiendo de las emociones positivas o negativas que se desarrollen en la adolescente.

El propósito de este estudio es determinar cómo la ansiedad afecta en las emociones de la púber, ya que la incapacitan a desenvolverse en su diario vivir, por ende, se pretende emplear un tratamiento psicoterapéutico basado en la Terapia Cognitivo-Conductual, misma que será de gran apoyo para cambiar los pensamientos automáticos que generan malestar sustituyéndolos por pensamientos alternativos para mostrar una evidencia favorable y así la adolescente tenga un mejor estilo de vida con respecto a su salud mental.

Para lograr el objetivo planteado se aplicarán diversas técnicas como entrevista semiestructurada, historia clínica, test psicométricos permitiendo corroborar el diagnóstico presuntivo de la paciente dando mayor validez y veracidad al estudio de caso, además, se empleará una metodología con un enfoque descriptivo cualitativo que permitirá describir información de las dos variables de forma rigurosa aplicando la observación clínica para conocer la problemática de la paciente.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



2

En el presente estudio de caso se desarrollará la justificación, el objetivo, sustentos teóricos de las dos variables a tratar, técnicas aplicadas con su respectiva metodología, resultados obtenidos donde se incluyen sesiones, situaciones detectadas o hallazgos y soluciones planteadas, luego las conclusiones acompañadas de las recomendaciones, por último, la bibliografía y los anexos.



DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso es de gran importancia e interés para la sociedad, porque se informarán sobre las afectaciones que produce la ansiedad en una adolescente de 15 años, incidiendo de manera negativa en el área emocional, debido a que esta patología no permite que los individuos sigan con normalidad sus actividades académicas y laborales porque manifiestan una gama de síntomas como nerviosismo, sudoración, pánico, agitación, asfixia, entre otros, causándole gran malestar en su diario vivir.

La elaboración de este caso ofrece los beneficios de conocer sobre la ansiedad y a la vez tratar de concientizar a la sociedad para que aprendan más de esta afectación, porque genera alteraciones ante situaciones traumáticas viéndose influenciada en el área emocional, siendo el beneficiario una adolescente de 15 años a quien se le brindará tratamiento psicológico utilizando un grupo de técnicas terapéuticas para contrarrestar y controlar el malestar que causa dicha enfermedad.

El estudio de caso tendrá gran trascendencia, ya que hoy en día la ansiedad es como un virus que está azotando a nivel mundial a la población, porque muchas veces causa molestias en los individuos que la padecen imposibilitándoles desenvolverse en la sociedad, por lo cual es muy viable la temática por la obtención y desarrollo de la información, donde profesionales de la salud mental y público en general acogerán esta indagación de manera positiva, ya que a la paciente se le brindará un diagnóstico presuntivo con la debida aplicación de test psicométricos para ratificar el padecimiento que se tenga por medio de la entrevista que se le realizará, por lo tanto, mediante este trabajo se pretende prevenir dicha patología a través de charlas psicoeducativas que se dan en la terapia.

Es factible la investigación porque existe una amplia información sobre la ansiedad ya sea en niños, adolescentes, jóvenes o adultos mayores, puesto que se puede recurrir a libros y artículos científicos del internet para la obtención de datos, tomando siempre en cuenta que la información sea extraída de páginas fiables como Scielo, Google académico, Scribd, entre otros, lo cual le darán mayor confiabilidad y validez al estudio de caso que se está abordando.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



4

Objetivo

Determinar la afectación de la ansiedad en el área emocional en una adolescente de 15 años de edad, por medio del uso de diversas técnicas psicológicas para así mejorar la salud mental de la paciente.



SUSTENTOS TEÓRICOS

1. Ansiedad

Para Franco, Sánchez, & Torres (2021) la ansiedad se refiere a experiencias emocionales que todos alguna vez han sufrido en su vida, por otro lado, se considera normal cuando se tiene conciencia del propio ser, ya que activa las operaciones protectoras del organismo, así excitando el desarrollo de la personalidad del individuo, promoviendo el alcance de las metas, siendo un pilar para el aprendizaje y, además, cooperando en mantener un aumento del nivel de trabajo y comportamiento. Es importante recalcar que la ansiedad de manera exagerada es perjudicial, debido a que compromete la eficiencia del ser humano e incluso es la guía para que se produzcan enfermedades.

Se debe agregar que, la ansiedad cotidianamente es un ánimo efímero de tensión que se relaciona con el sentimiento, un reflejo de toma de conciencia ante un peligro que se vincula con el miedo, un deseo fuerte que sería el anhelo, una respuesta fisiológica ante demandas como es el estrés o un estado de padecimiento delicado que tiene que ver con el trastorno de ansiedad. No obstante, existe controversia y confusión acerca de esta palabra al relacionar la ansiedad con la angustia, estrés y miedo, pero es entendible debido a que se presentan como síntomas del trastorno de ansiedad llegando a convertirse en una afectación.

En cambio, para el Ministerio de Sanidad y Consumo (2018) la ansiedad puede conceptualizarse como una antelación de un daño o perjuicios futuros, acompañado de un afecto desagradable o de síntomas orgánicos de tensión. La finalidad del daño antelado puede muchas de las ocasiones ser interno o externo, además, es un indicador de vigilancia que avisa ante alguna situación de peligro cercano y permite al sujeto a que desarrolle las medidas necesarias para enfrentarse a cualquier tipo de amenaza.

Posteriormente, cuando las reacciones de ansiedad son demasiados fuertes y duran bastante tiempo estas originan malestar, pueden perjudicar de modo significativo e intenso al bienestar psicológico, también a la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno, llegando a producir disfunciones o discapacidades persistentes y es ahí cuando comienza a manifestarse probablemente un trastorno de ansiedad requiriendo un tratamiento psicoterapéutico (González-Blanch, Cano-Vindel, Ruiz, Barrio, & Priede, 2021).

1.1. Definición de ansiedad patológica y fisiológica

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta ante la existencia de acontecimientos amenazantes en el ser humano. El estado mental de miedo se asocia a



cambios fisiológicos que preparan para la defensa o huida, lo cual a la persona le surgen sensaciones como el incremento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial se eleva o se disminuye, sensación de asfixia, tensión muscular, entre otros, son respuestas normales ante situaciones peligrosas (Hernández, Horga de la Parte, Felipe, & Mira, 2021).

En contraste, la ansiedad se convierte en patológica cuando el evento estresante es desigual y bastante extenso. Las particularidades clínicas de los trastornos de ansiedad es la ansiedad normal que se diferencia en cuanto a la duración y gravedad de dicha patología, pero no en cuanto a su forma, de igual manera, dentro de la ansiedad patológica la atención se centra en la respuesta del individuo ante el peligro donde aumenta la frecuencia cardíaca vinculándose a las preocupaciones sobre lo anormal de esa respuesta.

1.2.Síntomas

Para Díaz & Santos (2018) en la ansiedad se destacan varios síntomas de los cuales los más comunes son los síntomas físicos donde se encuentran la sudoración, sequedad de la boca, mareo, inestabilidad, temblores, tensión muscular, cefaleas, palpitaciones, disnea, estreñimiento, micción frecuente, parestesias y en ocasiones dificultades en la parte sexual.

Aunque, para los mismos autores están los síntomas psicológicos los cuales agrupan la sensación de agobio, miedo a perder el control, sensación de muerte de manera inminente, dificultad para concentrarse, irritabilidad, pérdida de memoria, inquietud, entre otros. Por consiguiente, se localiza los síntomas conductuales que se asocian con la tensión muscular, frecuentes bloqueos, respuestas desproporcionadas a estímulos externos.

1.3.Trastorno de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son caracterizados por la presencia de miedos y preocupaciones de manera excesiva a lo largo de la vida habitual de las personas, esas emociones se manifiestan ante circunstancias que no representan un peligro real para el individuo, sin embargo, piensa que esa situación significa una amenaza para su vida. Se evidencia una causa compleja, donde se reconoce un componente genético y factores estresantes debido a situaciones agobiantes que vive el individuo (Chacón, Xatruch De la Cera, Fernández, & Murillo, 2021).

1.3.1. Causas

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2018) las causas de los trastornos de ansiedad no han sido totalmente conocidas, sin embargo, estas se encuentran sumergidas por



varios factores como biológicos, ambientales y psico-sociales. A continuación, se detallarán el significado de cada factor:

Factores biológicos: Dentro de este factor se ha localizado alteraciones a nivel neurobiológico gabaérgico y serotoninérgico, de igual forma, anomalías estructurales en el sistema límbico, una de las regiones que se encuentran más afectadas del cerebro. Igual, se ha examinado alteraciones físicas y mayor incremento del uso o retirada de medicinas, alcohol u otras sustancias. Finalmente, existe disposición genética en el surgimiento de los trastornos en las personas.

Factores ambientales: Aquí se halla el dominio de determinados estresores ambientales como la parte económica, laboral, exclusión social, condiciones de vida, entre otros, se da una elevada hipersensibilidad y una respuesta prendida, es por ello, que este factor es importante dentro del desarrollo de los trastornos de ansiedad en el ser humano.

Factores psico-sociales: El riesgo de estos trastornos se localizan en circunstancias de estrés, experiencias amenazadoras o preocupaciones excesivas por eventos de la vida cotidiana. Por último, como factor predisponente, se visualiza la influencia de las particularidades de la personalidad de un individuo.

1.3.2. Tipos de trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad comparten particularidades de miedo e inclusive de ansiedad exagerada, al igual que alteraciones conductuales vinculadas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Es por ello, que se debe tomar en consideración que dependiendo del tipo de trastorno surgen los síntomas característicos, a continuación, se detallarán los principales trastornos de ansiedad:

Trastorno de ansiedad por separación. Se determina por la presencia de miedo excesivo y poco adecuado en la etapa de desarrollo en vinculación con la independencia en los cuales hace referencia a las figuras de apego. Se presentan síntomas como angustia de manera recurrente al experimentar el proceso de separación, preocupación permanente y miedo a la soledad.

Mutismo selectivo. Se manifiesta principalmente en niños, cuando ellos se encuentran con otras personas en las interacciones sociales, no comienzan la conversación o no responden el diálogo, estos niños solo hablan en presencia de su núcleo familiar, es decir, no hablan con sus amigos o familiares de segundo grado. Se asocia con la ansiedad social y no se encuentra vinculado con los déficits lingüísticos ni intelectuales.



Fobia específica. Se representa por presentar miedo intenso y exagerado a situaciones particulares como objetos, animales, agujas, sangre desproporcionados al peligro real. Muchas de las veces existen individuos que no pueden recordar el motivo específico por el cual aparecieron sus fobias.

Trastorno de ansiedad social (fobia social). Tiene la particularidad de presentar temor a circunstancias sociales enfocadas en el escrutinio o valoración por otros individuos, es decir, ser juzgados por los demás, temor de hablar con personas extrañas, angustia por sentirse avergonzado, hablar en público, no obstante, este miedo que sienten las personas no suele ser peligroso, pero piensan que se trata de una amenaza real.

Agorafobia. Se encuentra relacionado con el trastorno de pánico, aquí se caracteriza por la presencia de miedo profundo ocasionados por la exposición real o anticipatoria ante lugares como cines, mercados, transporte público y situaciones donde ocasione pánico, impotencia y vergüenza a la persona que experimenta estos síntomas.

Trastorno de ansiedad generalizada. Se particulariza por la manifestación de preocupación asociada a eventos o actividades cotidianas donde se presenta inquietud, fatiga, problemas para concentrarse, dificultad para relajarse, tensión muscular o percibir situaciones amenazantes, esto se da durante un período mínimo de seis meses.

Trastorno de pánico. Dentro de esta patología se presentan una serie de episodios que se encuentran basados de acuerdo a los criterios diagnósticos como:

El criterio A, expresa que un ataque de pánico es la presencia repentina de miedo fuerte que alcanza una máxima expresión en minutos, pero esa aparición inesperada se ocasiona desde un estado de tranquilidad o un estado de ansiedad. Durante ese período de tiempo suceden cuatro o más de los siguientes síntomas como palpitaciones, sudoración, temblores en el cuerpo, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor en el tórax, náuseas, sensación de mareo o desmayo, entumecimiento, miedo a morir, entre otros.

El criterio B, aquí por lo menos uno de los ataques tuvo que haberse presentado al mes o más del tiempo determinado y esos hechos son inquietud o preocupación persistente ante situaciones como perder el control o presentar un ataque al corazón, de igual modo se manifiesta un cambio representativo en el comportamiento, por ejemplo, para evitar los ataques de pánico dejan de ir a eventos que al parecer pueden producir esas crisis.

El criterio C, aquí la alteración no se puede asignar por los efectos orgánicos de sustancias ni por afectaciones médicas. Para concluir, dentro del criterio D, las crisis de



pánico no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, es decir, estos ataques no se originan solo en respuesta a hechos sociales temidos o a eventos fóbicos, entre otros.

1.3.3. Prevalencia

Es importante dejar claro que las mujeres tienen mayor riesgo de padecer algún trastorno de ansiedad, además, la prevalencia del surgimiento de dicho trastorno en la mayoría de los casos duplica a la de los hombres, en excepción en el caso de la fobia social, donde las diferencias fueron mínimas. Igualmente, la edad de comienzo de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos de depresión, debido a que algunas personas durante el proceso de su niñez, adolescencia o primeros años de vida adulta presentan trastornos de ansiedad, tienen mayor probabilidad de riesgo a desarrollar algún trastorno depresivo, por lo tanto es primordial que se dé un abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad para prevenir el surgimiento de algún trastorno de depresión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2018).

1.3.4. Tratamiento

Dentro del tratamiento psicológico para los trastornos de ansiedad existe la Terapia Cognitivo-Conductual la cual se caracteriza por ser un método activo y directivo donde el paciente y el terapeuta trabajan conjuntamente de manera estructurada, aquí el terapeuta envía tareas al paciente de acuerdo con lo que hicieron en las sesiones. Esta terapia toma en consideración que las emociones y las conductas están determinados por pensamientos, es decir, a través de esta terapia se va a identificar los pensamientos automáticos que generan malestar y a su vez reconocer la relación de los síntomas que presenta el paciente con esos pensamientos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2018).

Las técnicas que se utilizan en la Terapia Cognitivo-Conductual para los trastornos de ansiedad son varias, por ejemplo, técnica de relajación y respiración, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detección del pensamiento, resolución de problemas, entre otros, el profesional es quien va a decidir qué tipo de técnica va a aplicar al paciente de acuerdo al padecimiento.

2. Área emocional

Para Bisquerra (como se citó en Bermudez Torres & Saenz-López, 2019) las emociones aluden a un estado difícil del organismo que se determina por presentar una perturbación que influye en una respuesta organizada. También las emociones hacen que se produzcan cotidianamente como una respuesta ante circunstancias externas o internas.



Por el contrario, para Wukmir (como se citó en Duarte, 2018) la emoción es una respuesta rápida del organismo que le informa si los estímulos que manifiestan son beneficiosos o desfavorables. Por lo tanto, si la persona experimenta una circunstancia favorable se enfoca a una emoción positiva, por ejemplo, alegría, paz, amor, entre otros, de lo contrario al experimentar una situación desagradable alude a una emoción negativa, por ejemplo, angustia, tristeza, desilusión, frustración, entre otros.

2.1. Funciones de las emociones

Según Cholí Montañés (como se citó en Duarte, 2018) plantea que la emoción tiene diversas funciones que son principales para el desarrollo del ser humano, entre ellas incluye una dimensión social, a continuación, se describirá cada función:

Funciones adaptativas. Estas consisten en preparar al sujeto a que responda de manera correcta ante estímulos ambientales que están direccionados hacia una finalidad en concreto, es decir, como la persona reacciona ante un dolor o placer psicológico; es importante resaltar que esta función es una de las más importantes, ya que condiciona al organismo para la acción.

Funciones sociales. Aquí las emociones se encuentran asociadas con el surgimiento de conductas valoradas por la sociedad, también con la antelación y pronóstico de los comportamientos ajenos, aunque no siempre son eficientes, pero siempre es de gran utilidad en las relaciones o vínculos interpersonales. Es importante señalar la fuerza social que presentan las emociones en la apreciación o entendimiento de la conducta de las personas en situaciones concretas.

Funciones motivacionales. Existe una estrecha vinculación entre lo que es la emoción y a la vez la motivación, ya que es bidireccional porque ambas se retroalimentan de modo continuo, asimismo, una conducta cargada de forma emocional resulta ser más eficiente e incluso implica en considerable medida al individuo que la emplea. Es de gran relevancia indicar que esta función es importante dentro de la emoción.

2.2. Clasificación de las emociones

Las clasificaciones de las emociones pueden variar dependiendo de cada autor de acuerdo al punto de vista que tenga sobre el tema, por lo tanto, existen emociones positivas, negativas y neutras (Buceta, 2018). A continuación, se van a describir los tipos de emociones:



Emociones positivas. Estas son emociones agradables y se experimentan al momento de lograr una meta propuesta, por lo tanto, es menos posible que en ellas se requiera la verificación de planes u otras operaciones cognitivas, es por esta razón que se puede esperar que las emociones negativas sean más duraderas en el tiempo que las emociones positivas. Además, las emociones negativas tienen un valor evidente en la adaptación del ambiente, por lo contrario, las positivas no son indudables. Dentro de las emociones positivas se encuentra alegría, interés, felicidad, amor, satisfacción, entre otros.

Emociones negativas. Estas emociones son desagradables, las cuales se experimentan cuando la persona se encuentra ante una amenaza, una pérdida de un ser querido o por no cumplir una meta planteada; estas necesitan la movilización de primordiales recursos conductuales y cognitivos, para la realización y creación de proyectos que calmen el acontecimiento. Dentro de las emociones negativas existen varias, por ejemplo, envidia, celos, asco, vergüenza, culpa, tristeza, miedo, ira, entre otros.

Emociones neutras. Son emociones ambiguas, es decir, no son agradables que tienen que ver con las positivas ni tampoco desagradables tiene que ver con las negativas, estas comparten particularidades de ambas, debido a que se asemejan a las positivas por su rapidez a nivel temporal, en contraste, a las negativas que generan la movilización de recursos. Igualmente, se puede mencionar que estas emociones son efímeras de las demás, porque se originan de modo imprevisto ante circunstancias innovadoras o extrañas, llegando a desaparecer temporalmente como se había presentado. Se puede encontrar la sorpresa.

2.3.Reacciones emocionales en la ansiedad

La ansiedad generalmente no dura mucho tiempo, además su duración depende del tiempo en que la persona centra su atención en ella. También, si el miedo sigue incrementando pensamientos catastróficos el individuo seguirá imaginando un futuro negativo, haciendo que se produzca más ansiedad (Aguirre, 2021). La reacción emocional que origina la ansiedad puede percibirse a través de tres niveles:

Nivel cognitivo. Hace referencia al pensamiento y a las experiencias que se va obtienen a lo largo de la vida. Dentro de este nivel se generan sentimientos malestar, hipervigilancia, es decir, estar en un estado de alerta siempre, una preocupación exagerada, miedo intenso, incluso temor a perder el control o a la vez inestabilidad.

Nivel fisiológico. Aquí se dan cambios corporales en la persona, a la vez se originan alteraciones debido a eventos amenazantes provocando reacciones en cuanto a su



respiración, sudoración, enfermedades digestivas, su frecuencia cardíaca va cambiando, se percibe rigidez muscular, temblores, cefaleas, entre otros.

Nivel motor. Tiene que ver con la conducta observable del ser humano, dentro de este nivel se puede percibir hiper o hipo actividad, llanto, tartamudez, quedarse paralizado, evitar situaciones temidas, consumir sustancias nocivas para el organismo o intranquilidad motora, es decir, movimientos repetitivos como rascarse, tocarse, entre otros.

2.4.El aprendizaje emocional

Este aprendizaje emocional se basa en el desarrollo de habilidades internas para regular las emociones en la persona. Por consiguiente, para traspasar de manera triunfante el proceso emocional es considerable que el individuo desarrolle su capacidad para identificar sus propias emociones, prestando atención a las sensaciones relacionadas y así hallarlas en el cuerpo, no negarse a las experiencias emocionales, clasificarlas de forma correcta colocándoles nombres a las sensaciones corporales, evaluar las emociones y diferenciar la emoción primaria en particular si es adaptativa relacionado con el pasado o desadaptativa asociado con el presente, finalmente, el individuo debe enlazar su energía, dar autenticidad a sus juicios y reflexionar el discurso interno (Jiménez, 2018).

2.5.Regulación emocional cognitiva

De acuerdo a esta regulación, puede estar concebida como la manera de conducir la entrada de información emocional excitante mediante los pensamientos, es decir, la capacidad cognitiva para regular las emociones en base a experiencias vividas mediante cogniciones concretas.

Incluso, a este grado las emociones pueden ser normalizadas por fases conscientes como, la reestructuración cognitiva, culpar a los demás ante situaciones desagradables que suceden en determinadas situaciones o catastrofizar, es decir, los pensamientos que hacen énfasis al miedo o temor a ciertos eventos, entre otros, también por un grupo de etapas inconscientes, por ejemplo, alteraciones en la memoria, negación o proyección (Augerot, Bayo, & González, 2018).

Cabe resaltar, que se ha destacado la trascendencia del desarrollo cognitivo consciente para así influir en el resultado final de la regulación emocional porque es el elemento que admite tanto a conducir la información emocional como normalizar y controlar las emociones que son producidos por acontecimientos o hechos traumáticos en la vida de los seres humanos.



3. Relación entre la ansiedad y el área emocional

La ansiedad y el área emocional guardan relación debido a que la ansiedad es una preocupación, miedo intenso, excesivo y recurrente ante situaciones de amenaza de la vida habitual, mientras que la emoción surge a raíz de los pensamientos generados por la ansiedad como angustia, tristeza, miedo, vergüenza, ira, apatía, entre otros, ocasionando conflictos en su diario vivir.

Además, en la ansiedad se desarrolla la función adaptativa ante las demandas del entorno, esta función prepara el organismo de la persona ante estímulos ambientales, es decir, como la persona reacciona ante un dolor psicológico presentado por un peligro ante determinada situación.

Por consiguiente, la ansiedad se vuelve desadaptativa puesto que en lugar de preparar al organismo para la acción ocasiona que este se bloquee debido a que la respuesta es desproporcionada ante un estímulo porque se percibe como riesgo de lo que realmente sucede, ya que la persona imagina el futuro con el peor resultado posible.

Ante toda esta situación la patología mencionada genera en el individuo una serie de emociones que producen afecciones donde se ve involucrado el estado de ánimo y dan lugar a respuestas de carácter fisiológico, psicológico, social, entre otros, por eso es importante dar un tratamiento para no ocasionar más daño que siga perjudicando la salud mental del sujeto.



TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En el presente estudio de caso se utilizó la metodología con enfoque descriptivo cualitativo permitiendo describir la información sobre las dos variables, a continuación, se irá detallando:

Enfoque descriptivo cualitativo

Este enfoque sirvió de gran ayuda, ya que mediante este se fue describiendo la información de las variables tanto independiente como dependiente en base a la teoría de diversos autores, pero orientada hacia el estudio de un solo sujeto por lo cual es cualitativo, donde se utilizaron un sinnúmero de técnicas, las cuales son la observación clínica, entrevista psicológica, historia clínica y test psicométricos para obtener los resultados.

Por otra parte, se aplicaron diferentes técnicas que permitieron recolectar información de la paciente, estas son la observación clínica, entrevista semiestructurada, la historia clínica, los test psicométricos que fueron de gran ayuda al momento de ratificar el diagnóstico presuntivo. A continuación, se detallarán cada uno:

Observación clínica

Esta observación permitió percibir su aspecto físico y la vestimenta, describir de lo que se percató en su conducta, siendo primordial porque muchas de las veces no son expresados o considerados primordiales para la paciente, pero que fueron relevantes al momento de contribuir con la identificación del diagnóstico presuntivo, debido a que mediante este se pudo llegar a una conclusión más clara y acertada. (Anexo 1)

Entrevista semiestructurada

Se realizó una entrevista semiestructurada debido a que se da una estrategia mixta, se incorpora aspectos de la entrevista estructurada y no estructurada, es decir, permitió utilizar preguntas ya formuladas previamente y preguntas abiertas que se fueron desarrollando a medida que avanzó el diálogo con la paciente, fue significativo su uso porque permitió recopilar información valiosa posibilitando identificar el motivo de consulta, así mismo, mediante esta entrevista se estableció un buen rapport con la paciente de manera satisfactoria porque no presentó resistencia al momento de contestar cada pregunta que se le ejecutó. (Anexo 2)

Historia clínica

Es un documento de gran importancia ya que se recopiló información de la paciente que acudió a consulta psicológica, en esta historia clínica se agrupan varios datos, por



ejemplo, datos de identificación, motivo de consulta, historia del cuadro psicopatológico actual donde se detalló los signos y síntomas presentes en la púber, antecedentes familiares, exploración del estado mental, entre otros, fue de gran ayuda ya que a través de la historia clínica se pudo llegar al diagnóstico presuntivo y así establecer el tratamiento de un manera coherente y apropiada. También, se utilizó con el propósito de tener un respaldo de todos los datos que se obtuvo en cada sesión con la paciente. (Anexo 3)

Test Psicométricos

Estos test se emplearon para medir y evaluar de manera objetiva o estandarizada aspectos psicológicos de la paciente donde se valoró rasgos sobre la ansiedad, estados emocionales o la manera de reaccionar ante circunstancias determinadas. Al medir las particularidades cualitativas, no existe repuestas malas o buenas, puesto que no se pretende calificar a la persona sino más bien dar una aproximación de cómo se encuentra la paciente. Entre los tests psicológicos se encuentra: (Anexo 4)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Este test sirvió para medir el nivel de ansiedad de la paciente, de igual forma síntomas relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada. Aquí también se fue describiendo los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo esta una prueba muy apropiada para diferenciar la ansiedad de la depresión, ya que no es lo mismo.

Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ). Mediante este cuestionario se pretendió conocer las experiencias traumáticas que ha experimentado la paciente durante su vida, lo cual consta de 44 ítems que se agrupan en 3 partes donde incluyen: el listado de experiencias traumáticas con 17 ítems donde la paciente tiene que contestar si ha sufrido o no alguna vez algún hecho traumático y en caso de afirmarlos se debe colocar a qué edad y el tiempo, también el apartado de acontecimiento traumático que más le preocupa actualmente con 9 ítems, finalmente, el listado de síntomas con 18 ítems.

En cuanto a la aplicación, el apartado del listado de síntomas es el único que se le asignó puntuaciones donde si puntuó Si con el valor de 1 y No con el puntaje de 0, para tener el total se debe sumar las columnas del cuestionario. No existe un punto de corte, sin embargo, a mayor gravedad mayor puntuación.

Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS). Esta escala es diseñada para evaluar la gravedad del trastorno de pánico. Consta de 13 ítems donde se agrupan en 5 subescalas como ataques de pánico, agorafobia, ansiedad anticipatoria, discapacidad y



preocupaciones por la salud. La paciente contestó de acuerdo a cómo se sentía la semana anterior y duró aproximadamente los 10 minutos. Proporciona una puntuación de gravedad total, y puntuaciones en cada una de las subescalas, además, la puntuación oscila entre los 0 y 52 puntos, donde a mayor puntuación, mayor gravedad del pánico.

Resultados obtenidos

Paciente Daniela N. de 15 años de edad residente del cantón Babahoyo de la Provincia de los Ríos, género femenino, estado civil soltera, religión católica, instrucción secundaria, ocupación estudiante de Primero de Bachillerato, es remitida por voluntad propia y asistió a consulta en compañía de su madre. Las sesiones que se fueron desarrollando son 6 con una duración de 45 a 60 minutos aproximadamente cada una, es por ello que se irán detallando:

Sesiones

Primera sesión

Se efectuó el día sábado 04 de junio del 2022 a las 10H00 am, duró 60 minutos. Se procedió a abordar la sesión iniciando con el establecimiento del rapport para que no ponga resistencia al momento de contestar las preguntas que se le realicé, donde se le mencionó que toda la información que ella diga durante las sesiones será confidencial. Se empezó con la entrevista semiestructurada utilizando como instrumento para la recaudación de datos la historia clínica donde primero se le preguntó los datos de identificación, después se le interrogó ¿Cuál es el motivo por la que usted asiste a consulta?, lo cual Daniela mencionó “desde hace una semana comencé a presentar síntomas como nerviosismo, dolor estomacal, miedo intenso ya que mi amiga no fue al colegio y me tocó coger el bus sola, además, por donde estudio hay policías, me asuste porque no sabía qué hacer”, asimismo, se le preguntó a la paciente si alguna vez ha asistido con algún psicólogo y cuáles fueron las expectativas.

Por otro lado, se continuó llenado los demás datos como la historia del cuadro psicopatológico actual donde se fueron describiendo todos los acontecimientos con respecto a su sintomatología, los antecedentes familiares, historia personal, antecedentes psicopatológicos familiares, etc. Se aplicó la observación clínica, puesto que más adelante será de gran utilidad, por último, se le indicó el día y la hora de las próximas sesiones.

Segunda sesión

Se la efectuó el día sábado 11 de junio del 2022 a las 9H00 am, duró 60 minutos. En esta sesión se citó a la madre para que dé información sobre la anamnesis de su hija y así



concluir con la recogida de información de la historia clínica. Luego, se le procedió a tomar los test psicológicos como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ), Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS), la paciente al principio se encontraba nerviosa y con dudas porque no sabía de qué se trataba cada test, pero a medida que se le fue explicando se relajó y comenzó a llenarlos sin ningún problema.

Tercera sesión

Se realizó la entrevista de devolución el día sábado 18 de junio del 2022 a las 11H00 am, duró 45 minutos. Se convocó a la paciente y a su madre para informar los resultados de la evaluación psicológica que se realizó, igualmente, se resuelven las inquietudes e interrogantes que tienen sobre las mismas, como también se le brinda una psicoeducación de acuerdo a la patología presentada. Después se manifestó la propuesta psicoterapéutica que se va abordar, que está basada en la Terapia Cognitivo-Conductual y las técnicas que se van a emplear como reestructuración cognitiva, respiración en 4 tiempos y relajación pasiva.

Cuarta sesión

Se abordó el día domingo 26 de junio del 2022 a las 11H00 am, duró aproximadamente 50 minutos. Se evidenció que el pensamiento automático de la paciente es el siguiente: “los policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá”, por lo tanto, se procedió a trabajar con la técnica de reestructuración cognitiva misma que incluye, diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos, explicar cómo los pensamientos crean sentimientos, calificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento, examinando evidencias, generar una explicación alternativa. Por otra parte, se empezó primero a trabajar con la técnica diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos, luego cómo los pensamientos crean sentimientos, finalmente, calificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento. (Anexo 5)

Quinta sesión

Se efectuó el día sábado 03 de julio del 2022 a las 10H00 am, duró aproximadamente 45 minutos. En esta sesión se continuó con la técnica de examinando evidencias donde se procedió a explicarle a la paciente a que identifique las evidencias a favor y en contra de su pensamiento automático, al principio se le dificultó, pero ya después fue entendiendo como ejecutarla, ya que se le fueron dando ejemplos para una mejor comprensión. (Anexo 5)

Sexta sesión



Se ejecutó el día domingo 10 de julio del 2022 a las 9H30 am, duró 45 minutos. Se siguió con la técnica de generar una explicación alternativa donde se explicó a la paciente de que se trata y que debe producir un pensamiento más alternativo frente al pensamiento que le causa malestar y no le permite seguir con su vida satisfactoriamente. (Anexo 5)

Además, no se logró realizar la séptima y octava sesión debido a que la adolescente no pudo asistir por motivos de estudios, información que su madre confirmó, durante esas sesiones se esperaba trabajar con la técnica de respiración en 4 tiempos y relajación pasiva, para controlar su malestar.

Situaciones detectadas (hallazgos)

Una vez que se realizó varias sesiones psicológicas aplicando los respectivos test psicométricos a la paciente y de acuerdo a las dos variables: Ansiedad y área emocional, dentro de la historia clínica se evidenció las siguientes situaciones:

- La paciente a los 10 años de edad, presenció un allanamiento en su vivienda debido a que su vecino vendía drogas, ella se levantó adormitada y se asustó al ver que los policías tenían aislado con esposas a su padre y al ver todo ese suceso entró en pánico, porque veía a los policías armados y encapuchados.
- Debido a este acontecimiento, la paciente cada que observa un policía o se da cuenta de que quieren acercarse a ella, comienza a presentarse síntomas como miedo intenso, ya que recuerda lo que paso esa noche y piensa que le van hacer daño, además, se paraliza y empieza a gritar, a llorar, a sudar, se le dificulta respirar, su corazón palpita rápido, tiene sensación de mareo y náuseas, entre otros.
- Durante una semana la púber presentó ansiedad debido a que su amiga no fue al colegio y le tocó viajar en el bus sola, además, fuera de su establecimiento donde estudia hay policías dándole mucho miedo y no sabía qué hacer.

Por otra parte, la púber durante las entrevistas se mostró un poco nerviosa e intranquila con movimientos involuntarios en sus extremidades inferiores (pierna) al momento del interrogatorio. Además, presenta varios pensamientos automáticos como “se van a llevar preso a mi papá y le van a ser daño”, “los policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá”, “pienso que me va a pasar algo malo”, “pienso que me voy a desmayar”, no obstante, se trabajó con el pensamiento automático más relevante “los



policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá”, es por ello que se empearon diversas técnicas para su mejoramiento.

Resultados de los test aplicados

El test que se aplicó fue el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), mismo que se divide en dos subescalas, por un lado, el ítem de ansiedad somática da un total de 18 puntos, mientras que la escala de ansiedad fisiológica se obtiene 5 puntos, sumando las dos escalas da como resultado 23 puntos en total, equivalente a Ansiedad moderada.

Otro test que se suministró, es el Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ), donde arrojó como resultado una puntuación de 12 siendo equivalente que la paciente ha presenciado experiencias traumáticas en su vida, esto fue debido al allanamiento de morada de forma sorpresiva por parte de los policías.

Luego, se empleó la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS), donde se pudo evidenciar en la escala de ataques de pánico una puntuación de 6, en el ítem agorafobia y conductas de evitación una puntuación de 5, en ansiedad dentro de los períodos de interataques un puntaje de 5, en discapacidad un valor de 0, en preocupación por la salud una calificación de 4, dando todas estas puntuaciones como resultado 20 puntos equivalente a que la adolescente presenta ataques de pánico moderados.

Por consiguiente, después de evaluar todo el proceso de cada sesión y test psicológicos, se detectó áreas afectadas a nivel patológico de acuerdo al cuadro sindrómico en la paciente, los cuales se ven comprometidas funciones como cognitiva, afectiva, conductual y somática, por ende, a continuación, se van a ir describiendo:

- **Área cognitiva**

La paciente presenta mutismo, inseguridad subjetiva, anticipaciones amenazantes, recuerdos intrusivos, pensamientos automáticos.

- **Área afectiva**

La adolescente presenta miedo intenso, estrés, desesperación, vergüenza, tristeza, llanto, temor.

- **Área conductual**

En esta área la púber presenta tendencia a gritar.

- **Área somática**



La púber presenta síntomas como sudoración, náuseas, mareo, dolor del tórax, dificultad para respirar, nerviosismo, palpitaciones, sensación de desmayo, pesadillas, cianosis, temblor, parestesias, dolor estomacal, intranquilidad, ansiedad.

Posteriormente, se indican factores predisponentes: allanamiento sorpresivo de los policías en la vivienda de la adolescente, observar a su padre esposado, retorno a clases presenciales y temor al saber que habrá policías en los alrededores de su colegio. También, se encuentra el evento precipitante: estar sin su amiga y miedo intenso a observar a los policías fuera de su colegio. Por último, existe un tiempo de evolución de 5 años.

Diagnóstico presuntivo

De acuerdo a todo el proceso que se realizó durante cada intervención psicológica en el presente estudio de caso, se procedió a realizar un análisis de forma global de toda la información recopilada en la historia clínica dónde se pudo llegar al diagnóstico presuntivo con la ayuda de los manuales diagnósticos, como es el DSM-V (300.01) Trastorno de pánico y la CIE-10 (F41.0) Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

SOLUCIONES PLANTEADAS

Las áreas que se intervinieron durante el proceso terapéutico fueron: cognitiva, afectiva, conductual y somática con el objetivo de reducir cada uno de los signos y síntomas que están afectando la parte emocional, para ello se tuvo la disposición voluntaria y consciente de la paciente para que se logre obtener mejores resultados debido a que se pretendió conseguir que la púber tenga pensamientos alternativos permitiéndole así enfrentar esos pensamientos automáticos que le causan malestar.

Es por ello, que el proceso terapéutico que se abordó es la Terapia Cognitivo-Conductual, debido a que esta terapia consistió en identificar las emociones y conductas que se encuentran generados por los pensamientos que están produciendo la afectación de la patología presentada, por ende, fue primordial la administración de esta terapia durante las sesiones correspondientes. De igual modo, dentro del esquema terapéutico se estableció los hallazgos, la meta terapéutica, las técnicas, el número de sesiones con sus respectivas fechas y, finalmente, los resultados obtenidos durante el suministro de cada técnica de acuerdo a la función afectada en la adolescente, estas se describirán a continuación en la tabla 1:

Tabla 1

Esquema terapéutico basado en la Terapia Cognitivo-Conductual

Hallazgos, metas, técnicas y resultados correspondientes del caso de la adolescente D.N.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitiva/ afectiva: Pensamiento automático “los policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá”	Conseguir que la paciente entienda sobre lo que le sucede.	Psicoeducación	1 sesión	18/06/2022	Se logró que la paciente comprenda cómo se va a trabajar sobre su afectación, no tuvo inconveniente con la técnica.
	Conseguir que la paciente aprenda a diferenciar los eventos, pensamientos y sentimientos de su padecimiento.	Reestructuración cognitiva: Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos	1 sesión	26/06/2022	Se consiguió que la paciente entienda a distinguir los eventos, pensamientos y sentimientos sin ningún problema.



	<p>Lograr que la paciente entienda como sus pensamientos generan sus emociones negativas.</p> <p>Se espera que la paciente distinga en qué porcentaje considera su pensamiento como real.</p> <p>Lograr que la paciente identifique las evidencias a favor y en contra de su afectación.</p> <p>Se espera que la paciente genere un pensamiento alternativo frente al pensamiento que le causa malestar.</p>	<p>Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos</p> <p>Calificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento</p> <p>Examinando evidencias</p> <p>Generar una explicación alternativa</p>	<p>2 sesión</p> <p>3 sesión</p>	<p>03/07/2022</p> <p>10/07/2022</p>	<p>Al comienzo se le complicó entender cómo sus pensamientos están generando las emociones, pero a medida que avanzó la sesión pudo quedarle más claro lo que se le pedía.</p> <p>Se consiguió que la paciente comprenda en qué grado se encuentra su pensamiento a pesar que al inicio de la sesión se encontraba inquieta y nerviosa.</p> <p>A inicio la paciente no comprendía la explicación de la técnica y se le dieron ejemplos, luego pudo manifestar evidencias en ambas partes.</p> <p>La paciente genera un pensamiento más objetivo “no necesariamente va a pasar lo mismo”.</p>
<p>Conductual: Tendencia a gritar</p>	<p>Se requiere que la paciente a través de esta técnica despeje su mente, relaje su cuerpo para no ocasionar daños.</p>	<p>Respiración en 4 tiempos</p>	<p>1 sesión</p>	<p>16/07/2022</p>	<p>Se espera que la paciente aprenda a ejecutar de manera correcta la técnica para que cuando entre en crisis pueda controlarse sin ninguna dificultad.</p>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Somática: Dificultad para respirar, nerviosismo, temblor, intranquilidad	Lograr que la paciente se relaje al aplicar la técnica frente a una situación que le cause malestar.	Relajación pasiva	1 sesión	22/07/2022	Se espera que la paciente aprenda sobre esta técnica para que cuando se encuentre en la situación que le afecta, la aplique y así pueda relajarse.
---	--	-------------------	----------	------------	--

Nota: Elaborado por Tahiri Rivadeneira Velasco



CONCLUSIONES

Conforme a toda la información recopilada, tanto en la que se recolectó en el sustento teórico como las que arrojaron de los datos reunidos durante cada sesión donde se realizó la observación clínica, entrevista semiestructurada, historia clínica y test psicométricos donde a partir de todo esto se efectuó el estudio de caso, por lo tanto, se llegó a la conclusión que la ansiedad se encuentra vinculada con el área emocional, debido a que la paciente de 15 años de edad, de acuerdo a los manuales diagnósticos presenta, según el DSM-V (300.01) Trastorno de pánico y la CIE-10 (F41.0) Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica), con presencia de diversos síntomas como mutismo, inseguridad subjetiva, anticipaciones amenazantes, pensamientos automáticos, miedo intenso, llanto, temor, tendencia a gritar, sudoración, náuseas, mareo, dolor del tórax, dificultad para respirar, nerviosismo, intranquilidad, palpitaciones, entre otros.

El objetivo planteado se pudo expresar puesto que se consiguió determinar la vinculación entre las dos variables Ansiedad y área emocional, puesto que la ansiedad es la promotora para surja las emociones negativas en la paciente, generados por pensamientos automáticos que causan malestar en su vida, por lo tanto, por medio de los síntomas presentados se pudo llegar al diagnóstico presuntivo de su padecimiento, además, se proyectó un esquema psicoterapéutico para la mejoría de su salud mental.

Se implementó diversos test donde se evidenció que dentro del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dió como resultado una ansiedad moderada, el Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ) arrojó que la paciente si ha presenciado experiencias traumáticas durante su vida, esto fue debido al allanamiento de morada de forma sorpresiva por parte de los policías, por último, en la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS) se demostró que la púber manifiesta ataques de pánico moderados, en consecuencia, la paciente tiene la presencia de la sintomatología del Trastorno de pánico de acuerdo a los criterios de diagnósticos que se hallan en el sustento teórico.

Además, se evidenció que existen acontecimientos que pueden surgir como amenazantes para la paciente puesto que a fuera de su colegio donde ella estudia, a lado se encuentra un UPC, por ende, existe la presencia de policías y al observarlos empieza a producirse el miedo intenso que siente cada que los ve o percibe que se van acercando a ella, ocasionando a que se active pensamientos automáticos produciéndole la afectación e impidiéndole regresar con normalidad y tranquilidad a su hogar.



Se pudo establecer ciertos signos y síntomas de la ansiedad, asociados a los pensamientos automáticos los cuales fueron “se van a llevar preso a mi papá y le van a ser daño”, “los policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá”, “pienso que me va a pasar algo malo”, “pienso que me voy a desmayar”, sin embargo, se trabajó con el pensamiento automático que le causa mayor afectación como “los policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá”, donde se implementó un tratamiento psicoterapéutico basado en la Terapia Cognitivo - Conductual, mismo que se implementó una reestructuración cognitiva, involucrando varias técnicas, por ejemplo, diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos, explicar cómo los pensamientos crean sentimientos, calificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento, examinando evidencias, generar una explicación alternativa; por ende, en las siguientes sesiones o en un futuro se pretende aplicar las técnicas de respiración en 4 tiempos y relajación pasiva, mismas que permitirán que cada que la púber presencie el hecho traumático aplique esos ejercicios y así pueda controlar su sintomatología.

Es importante recalcar que dentro de este trabajo, la paciente siempre tuvo la predisposición de asistir a las consultas psicológicas y al proceso psicoterapéutico, también tuvo el acompañamiento por parte de su madre cuando se requería, todo esto permitió implementar las técnicas que se tenían previamente estructurada para cada sesión, posibilitando ponerlas en prácticas, además, conforme a lo que después se fue percibiendo e indagando se observó ciertas mejorías de acuerdo a los síntomas que presentaba. Por otro lado, la elaboración de este trabajo fue significativo puesto que me servirá de mucho para mi desarrollo profesional, ya que me permitió comprender como las experiencias traumáticas que viven las personas pueden desencadenar algún tipo de trastorno, asimismo, identificar los pensamientos que generan malestar dentro de su área emocional, igualmente, me facilitó implementar un plan psicoterapéutico para su mejoría.



RECOMENDACIONES

Se recomienda un seguimiento psicológico una vez terminada la terapia, cada dos meses para verificar si se ha vuelto a presentar signos y síntomas, y cómo los está sobrellevando de acuerdo a lo que se le enseñó cuando se le aplicó la terapia. También es importante que la adolescente practique ejercicios de relajación, participe en eventos sociales y culturales que se encuentran en su localidad para que así pueda ir relacionándose con lo que se encuentra en su entorno sin que le ocasione pánico, a la vez que practique algún deporte de acuerdo a sus gustos para disminuir la ansiedad, como se sabe y se ha evidenciado en otros estudios, la actividad física en unión con la terapia psicológica ha ayudado a muchas personas de distintos países a disminuir los niveles de este padecimiento logrando tener una mejor calidad de vida, donde otros con esta patología pueden seguir las indicaciones dadas.



BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, M. Á. (04 de mayo de 2021). *¿Cómo influyen los pensamientos y las emociones en la ansiedad?*. <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/como-influyen-los-pensamientos-y-las-emociones-en-la-ansiedad#:~:text=La%20reacci%C3%B3n%20emocional%20que%20genera,nivel%20fisiol%C3%B3gico%2C%20con%20cambios%20corporales>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Augerot, I., Bayo, M., & González, R. (2018). Estrategias cognitivas de regulación emocional, bienestar psicológico y sintomatología en adolescentes. *Redalyc*, 413-421.
- Bermudez Torres, C., & Saenz-López, P. (2019). Emociones en Educación Física. Una revisión bibliográfica. *Dialnet*, 2019.
- Buceta, R. (2018). *Propuesta de unidad didáctica sobre las emociones en educación infantil*. <file:///C:/Users/User/Downloads/BUCETA%20MARTIN,%20RAQUEL.pdf>
- Chacón, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández, M., & Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el Trastorno de Ansiedad. *Revista Cúpula*, 23-36.
- Díaz, C., & Santos, L. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *Revista de SEAPA*, 21-31.
- Duarte, F. (12 de diciembre de 2018). *Relaciones entre la ansiedad y el uso de estrategias de regulación emocional en estudiantes universitarios*. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fgvvyjDG8wEJ:rpsico.md p.edu.ar/bitstream/handle/123456789/824/Duarte-Juarez-Platz.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+%&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
- Franco, X., Sánchez, P., & Torres, R. (2021). Claves para el tratamiento de la ansiedad, en tiempos de covid-19. *Scielo*.
- González-Blanch, C., Cano-Vindel, A., Ruiz, P., Barrio, S., & Priede, A. (2021). Tratamientos psicológicos para los Trastornos de ansiedad. *ResearchGate*, 365-389.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



28

Hernández, M., Horga de la Parte, J., Felipe, N., & Mira, A. (2021). Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Adaptación en Atención Primaria. *Guía de Actuación Clínica en A. P.*, 1-72.

<https://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf>

Jiménez, A. (2018). Inteligencia emocional. *Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid* , 457-469.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2018). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Consejería de Sanidad y Consumo*, 1-162.



ANEXOS

Anexo 1. Observación clínica

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre: Daniela N.

Sexo: Femenino

Edad: 15 años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo, 28 de junio del 2007

Instrucción: Secundaria

Tiempo de observación: 1 hora

Hora de inicio: 10:00 am

Hora final: 11:00 am

Fecha: 04/06/2022

Tipo de observación: Observación directa

Nombre de la observadora: Tahiri Rivadeneira

II: DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA

La paciente es de estatura pequeña de acuerdo a su edad y su biotipo mesomorfo, en cuanto a su aspecto personal presenta una vestimenta informal, cabello rizado recogido, no usa accesorios, siempre se presenta pulcra.

2.2 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente es colaboradora y cordial, durante las entrevistas muestra un poco de nerviosismo e intranquilidad con movimientos involuntarios en sus extremidades inferiores (pierna), existe coherencia entre su discurso y su actitud; manifiesta el evento traumático en su vida expresando angustia; lenguaje expresivo, fluido y comprensivo.

III: COMENTARIO:

Ninguno.

Anexo 2. Entrevista semiestructurada



Entrevista y llenado de historia clínica



Aplicación de test psicológicos





Anexo 3. Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 01

Fecha: 04 / 06 / 2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: Daniela N.

Edad: 15 años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo, 28 de junio de 2007

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Religión: Católica

Instrucción: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Dirección: Babahoyo, Ciudadela Paraíso

Teléfono: 0991902388

Remitente: Remitido por el paciente

2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a consulta en compañía de su madre debido a que hace una semana empezó a presentar síntomas como nervosismo, dolor estomacal, miedo intenso, ya que durante una semana la amiga de ella no fue al colegio y le tocó coger el bus sola y por donde ella estudia hay policías entonces se asustó porque no sabía qué hacer.

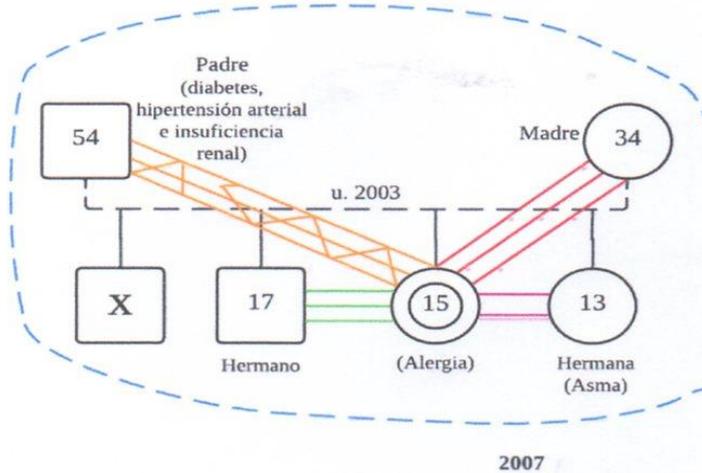
3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La adolescente menciona que, a los 10 años de edad, se suscitó un problema en su casa. Un sábado su mamá, ella y su hermana estaban durmiendo, y su papá estaba arreglando un celular en la sala, cuando a las 9:00 pm la policía entró a la fuerza a allanar su vivienda, ya que refiere "mi vecino de al lado vendía droga", ella se levanta adormitada y se asusta al ver que la policía tenía aislado con esposas a su padre. Menciona que la policía empezó a requisar la vivienda y al ver todo ese suceso entró en pánico, comenzó a gritar, a llorar, a sudar, se le dificultaba respirar, le dolía el tórax, presentó palpitaciones, sensación de mareo y náuseas e incluso se quería desmayar debido a que veía a los policías armados y, además, encapuchados entonces se asustó demasiado; este malestar duró alrededor de 15 minutos.

Después de unos minutos, la madre se levanta y observa que los policías estaban requisando su cuarto, entonces ella sale rápido a ver como estaban sus hijas, cuando vio a su hija en ese estado comenzó a pedir ayuda ya que su hija no reaccionaba, luego de unos 5 minutos pudieron hacerla reaccionar, aunque seguía llorando. El allanamiento duró aproximadamente 25 minutos, y a los 17 minutos el fiscal llegó a la vivienda y percibió que la adolescente estaba llorando de manera intensa, entonces procedió a decirle que se calme que nada va a pasar e incluso les regaló unos

policías se metieron a mi casa y esposaron a mi papá, pienso que me van hacer daño", se paraliza y empieza a gritar, a llorar, a temblar, a sudar, se le dificulta respirar, su corazón palpita

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



Actualmente, la paciente vive con padre, madre y hermanos. La paciente refiere que tiene una relación muy estrecha pero conflictiva con su padre, con su madre la relación es muy estrecha, con su hermano mayor la relación es muy estrecha, con su hermana menor la relación es cercana.

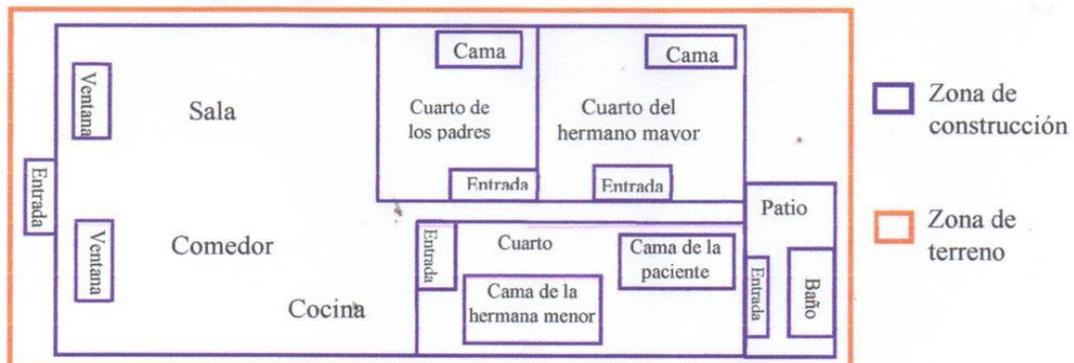
b. Tipo de familia.

La paciente proviene de una familia nuclear, formada por el padre, madre y hermanos.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Ningún miembro familiar presenta algún tipo de patología.

5. TIPOLOGÍA HABITACIONAL



Casa propia.



Servicios básicos: agua potable, energía, internet, poso séptico.

Viven 5 personas.

5 camas: 1 en el cuarto de la pareja, 2 en el cuarto de las niñas, 1 en el cuarto del varón.

2 ventanas, patio y 1 baño.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades).

Embarazo: No fue planificado, pero fue deseado por la madre y el padre. Su alumbramiento fue a las 37 semanas.

Parto: Eutócico, parto en casa con complicaciones debido a que estuvo tres días con dolores de parto, perdiendo líquido amniótico.

Lactancia: La succión de la lactancia materna fue normal y lactó hasta el año 2 meses.

Marcha: A los 7 meses comenzó a gatear, a los 9 meses empezó a pararse y al año 3 meses comenzó a caminar.

Lenguaje: Balbuceó a los 4 meses. A los 8 meses decía las primeras palabras con sentido, a los 2 años construida frases, a los 3 años construía oraciones. Mantenía conversaciones aproximadamente a los 4 años. A los 5 años su lenguaje era comprensivo y a los 6 años su lenguaje era expresivo.

Control de esfínteres: A partir de los 2 años y nunca presentó enuresis.

Funciones de autonomía: Aproximadamente a los 2 años comenzó a independizarse por medio de afirmaciones y negaciones a lo que le manifestaban.

Enfermedades: Alergia a ciertos alimentos, medicamentos (penicilina), sol y polvo.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

La capacidad de adaptación de la paciente es buena, siempre y cuando se siente en confianza con las personas, además, es participativa, le gusta aportar algo que sabe en la clase, ya que se siente cómoda en ese ambiente. Su rendimiento escolar es excelente. La relación con su madre es buena y fuerte, la relación con su padre es buena, pero a la vez conflictiva, no obstante, a los

dos los ama y respeta. La relación con sus maestros y compañeros es buena y a la vez respetuosa.

Además, la púber mantiene en su colegio una disciplina buena, siempre obedece lo que le dicen y es respetuosa. La adolescente indica que en cuanto a su aprendizaje no tiene problemas, ya que al momento de recibir la información no se le complica.

La paciente indica que estudió hasta 7mo año de educación en la Unidad Educativa Isabel la Católica, actualmente el sistema de educación la derivó a la Unidad Educativa Eugenio Espejo, la paciente menciona que el primer día de clases estaba temblando, no quería comer, estaba nerviosa y quería desmayarse pero que ahora ya se encuentra más tranquila.

6.3. HISTORIA LABORAL

No refiere.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

La paciente indica que se le dificulta socializar con los demás, ya que es callada, tímida, le da miedo hablar con personas extrañas, también le da miedo hacer nuevos amigos ya que piensa que la pueden lastimar o hasta incluso secuestrar, al momento de hacer nuevos amigos se pone nerviosa. Además, menciona que solo tiene dos amigas del colegio, sale con ellas, pero acompañada de su hermano y tía.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

La paciente indica que en su tiempo libre le gusta ver televisión, escuchar música y bailar. No le gusta realizar ningún tipo de deporte porque le da pereza.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

La paciente menciona que es bastante afectiva con su madre debido a que la ama demasiado, que cuando ella desea abrazar a sus amigos o demás familia lo hace, también indica que no es muy afectuosa con los demás, no le gusta que le abracen o le den mucho cariño.

La púber tuvo su menarquia a los 10 años 11 meses de edad. También, menciona que nunca se ha masturbado, además, que no ha tenido ningún acto coital y que actualmente, no se encuentra en ninguna relación sentimental. Por otra parte, la paciente cuando tiene dudas ante temas relacionados con la sexualidad (qué es un coito, método anticonceptivo, etc) le pregunta a su mamá ya que le tiene bastante confianza.

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

No refiere.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La paciente manifiesta que consume las tres comidas diarias, además come bastante y nunca ha presentado ningún problema alimenticio. Por otro lado, la paciente menciona que le gusta dormir temprano y que duerme alrededor de 8 horas al diarias, no presenta inconvenientes al momento de dormir.

6.9. HISTORIA MÉDICA

A partir del año y medio, le salió un absceso en la piel en el brazo derecho, debido a la infección que tenía le subministraban bastante penicilina y esto provocó una alergia en la paciente. Además, padece de alergia a ciertos alimentos, medicamentos (penicilina), sol y polvo.

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere.

6.11. PROYECTO DE VIDA

La paciente menciona que quiere terminar su bachillerato, luego trabajar y así comprar una casa para sus padres, también desea llevar a su madre de viaje a México, comprarle a su padre el carro que le gusta, asimismo, viajar ella y conocer todo el Ecuador y si se puede todos los países a nivel mundial.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

La paciente es de estatura pequeña de acuerdo a su edad y su biotipo mesomorfo, en cuanto a su aspecto personal presenta una vestimenta informal, cabello rizado recogido, no usa accesorios, siempre se presenta pulcra. Etnia Montubia. Es colaboradora y cordial, existe coherencia entre su discurso y su actitud. Lenguaje expresivo, fluido y comprensivo. Lateralidad diestra. La púber durante las entrevistas muestra un poco de nerviosismo e intranquilidad con movimientos involuntarios en sus extremidades inferiores (pierna).

7.2. ORIENTACIÓN

La paciente presenta una orientación autopsíquica.

7.3. ATENCIÓN

La paciente no presenta problemas de atención.

7.4. MEMORIA

La paciente no presenta problemas de memoria.

7.5. INTELIGENCIA

La paciente no presenta problemas de inteligencia.

7.6. PENSAMIENTO

La paciente no presenta problemas de pensamiento.

7.7. LENGUAJE

La paciente no presenta dificultades en su lenguaje.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

La paciente no presenta dificultades en su psicomotricidad.

7.9. SENSO PERCEPCIÓN

La paciente no presenta dificultades en su sensopercepción.

7.10. AFECTIVIDAD

La paciente no presenta dificultades en la parte afectiva.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

La paciente no presenta alteración en el juicio de la realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La paciente presenta conciencia de enfermedad.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

La paciente indica que cuando tenía 10 años entraron a allanar su vivienda de forma sorpresiva y desde ese momento ha empezado a presentar síntomas como nerviosismo, dificultad para



respirar, náuseas, mareo cada vez que ve a un policía debido a que le da miedo que se lleven preso a su padre. No presenta ideas suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) de Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown, 1996.
- Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ) de Davidson, Hughes y Blazer, 1990.
- Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS), 1995.

RESULTADOS

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) DE AARON BECK, ROBERT STEER Y GREGORY BROWN, 1996

Obtiene 23 puntos, que equivale a **Ansiedad moderada**.

- Dentro de la Ansiedad fisiológica puntúa 5.
- Dentro de la Ansiedad somática puntúa 18.

CUESTIONARIO PARA EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS (TQ) DE DAVIDSON, HUGHES Y BLAZER, 1990

Obtiene 12 puntos, que equivale a **Presencia de experiencias traumáticas**.

ESCALA DE PÁNICO Y AGORAFOBIA DE BANDELOW (PAS), 1995

Obtiene 20 puntos de forma general, no obstante, dentro de ataques de pánico obtiene 6 puntos, que equivale a **Presencia de ataques de pánico moderadamente**.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Mutismo, inseguridad subjetiva, anticipaciones amenazantes.	Ansiedad
Afectivo	Miedo intenso, estrés, desesperación, vergüenza, tristeza, temor.	
Pensamiento	Pensamientos automáticos.	

Conducta social - escolar	Tendencia a gritar.	
Somática	Sudoración, náuseas, mareo, dolor del tórax, dificultad para respirar, nerviosismo, palpitaciones, sensación de desmayo, pesadillas, cianosis, temblor, parestesias, dolor estomacal, llanto, intranquilidad, ansiedad.	

9.1. Factores predisponentes

Allanamiento sorpresivo de los policías en su vivienda, observar a su padre esposado, retorno a clases presenciales y temor al saber que habrá policías en los alrededores de su colegio.

9.2. Evento precipitante

Estar sin su amiga y miedo intenso a observar a los policías fuera de su colegio.

9.3. Tiempo de evolución

El tiempo de evolución del suceso traumático es alrededor de 5 años.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Diagnóstico presuntivo: F41.0 (300.01) DSM-V Trastorno de pánico.

11. PRONÓSTICO

La paciente presenta un pronóstico favorable debido a que se muestra consciente de lo que le está afectando y tiene la predisposición de colaborar para su pronta recuperación, además cuenta con una red de apoyo familiar.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda que a la paciente asista a:

- Terapia Cognitivo-Conductual.

También, se recomienda que la paciente y su núcleo familiar reciba psicoeducación acerca de la patología mencionada.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
	Conseguir que la paciente entienda sobre lo que le sucede.	Psicoeducación	1 sesión	18/06/2022	Se logró que la paciente comprenda cómo se va a trabajar sobre su afectación, no tuvo inconveniente con la técnica.
Cognitiva/ afectiva: Pensamiento automático "los policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá"	Conseguir que la paciente aprenda a diferenciar los eventos, pensamientos y sentimientos de su padecimiento.	Reestructuración cognitiva: Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos	1 sesión	26/06/2022	Se consiguió que la paciente entienda a distinguir los eventos, pensamientos y sentimientos sin ningún problema. Al comienzo se le complicó entender cómo sus pensamientos están generando las emociones, pero a medida que avanzó la sesión pudo quedarle más claro lo que se le pedía.
	Lograr que la paciente entienda como sus pensamientos generan sus emociones negativas.	Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos			Se consiguió que la paciente comprenda en qué grado se encuentra su pensamiento a pesar que al inicio de la sesión se encontraba inquieta y nerviosa.
	Se espera que la paciente distinga en qué porcentaje considera su pensamiento como real.	Calificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento			A inicio la paciente no comprendía la explicación de la técnica y se le dieron ejemplos, luego pudo manifestar evidencias en ambas partes.
	Lograr que la paciente identifique las evidencias a favor y en contra de su afectación.	Examinando evidencias	2 sesión	03/07/2022	
	Se espera que la paciente genere un pensamiento	Generar una explicación alternativa	3 sesión	10/07/2022	La paciente genera un pensamiento más objetivo "no

	alternativo frente al pensamiento que le causa malestar.				necesariamente va a pasar lo mismo”.
Conductual: Tendencia a gritar	Se requiere que la paciente a través de esta técnica despeje su mente, relaje su cuerpo para no ocasionar daños.	Respiración en 4 tiempos	1 sesión	16/07/2022	Se espera que la paciente aprenda a ejecutar de manera correcta la técnica para que cuando entre en crisis pueda controlarse sin ninguna dificultad.
Somática: Dificultad para respirar, nerviosismo, temblor, intranquilidad	Lograr que la paciente se relaje al aplicar la técnica frente a una situación que le cause malestar.	Relajación pasiva	1 sesión	22/07/2022	Se espera que la paciente aprenda sobre esta técnica para que cuando se encuentre en la situación que la afección, la aplique y así pueda relajarse.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Anexo 4. Test psicométricos



BAI

Identificación Daniela N. Fecha 11/06/2022/
 Edad \Rightarrow 15 años.

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- 4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5- 5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- 9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5- 10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- 14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- 16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: 23 A.F. 5 A.S. 18

Resultado \Rightarrow Ansiedad moderada



Nombres Daniela N.
 Edad 15 años

Fecha 11/06/2022/.

7.18. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

1

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrían ser sucesos que representarían una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico; amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo; la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad; ver otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo «no». Si los ha experimentado rodee con un círculo «sí», e indique qué edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró e acontecimiento (p. ej., 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas o 4 años).

Acontecimiento	Edad (cuando ocurrió el suceso)	Duración (anote la unidad de tiempo empleada: minutos, horas, etc.)
1. Accidente de coche, tren o avión	NO	
2. Accidente industrial o de trabajo	NO	
3. Pérdida del hogar por incendio	NO	
4. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por inundaciones	NO	
5. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por un tornado o huracán	NO	
6. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por terremoto	NO	
7. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	
8. Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	
9. Estar próximo a ahogarse	NO	
10. Abuso físico	NO	
11. Sufrir graves quemaduras	NO	
12. Ser tomado como rehén	NO	
13. Combate	NO	
14. Agresión	NO	
15. Violación	NO	
16. Incesto	NO	
17. Secuestro	NO	
18. Otra situación (especificar):	SÍ 8 años	15 minutos

Nota: si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación. Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que le resulte más desagradable recordar ahora.

ACONTECIMIENTO: Allanamiento de morada

1. ¿Estaba preparado para el suceso?	NO	SÍ
2. El acontecimiento, ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye la/s palabra/s apropiada/s	NO	SÍ
3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	NO	SÍ
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	NO	SÍ
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	NO	SÍ
6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	NO	SÍ
7. ¿Se ha sentido «diferente» de otras personas debido al acontecimiento?	NO	SÍ
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	NO	SÍ
9. En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?	NO	SÍ

7.18. Cuéestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

2

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presenta síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos *en cualquier momento después del suceso.*

1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
3. Estar nervioso o fácilmente asustado	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
5. Dificultad para dormir	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
6. Problemas de concentración	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
9. Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
10. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
13. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
14. No poder recordar una parte importante del suceso	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
16. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
18. Sentirse distanciado o alejado de la gente	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SÍ

Resultado → Presencia de experiencias traumáticas



Nombre: Daniela N

Edad: 15 años

Fecha: 11/06/2022/

7.8. Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)

1

Este cuestionario está diseñado para personas que sufren ataques de pánico y agorafobia. Puntúe la severidad de sus síntomas en la semana pasada.

Los ataques de pánico se definen como descargas súbitas de ansiedad, acompañadas de algunos de los siguientes síntomas:

- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración
- Temblor o sacudidas
- Boca seca
- Dificultad para respirar
- Sensación de shock
- Dolor torácico o molestias
- Náuseas o malestar abdominal
- Sensación de vértigo, inestabilidad
- Sensación de que los objetos son irreales (como en un sueño), o que uno mismo está distanciado o «no realmente aquí»
- Miedo a perder el control, volverse loco
- Miedo a morir
- Sofocos o escalofríos
- Sensación de hormigueo

A.1. ¿Con qué frecuencia tuvo ataques de pánico?

0. No ataques de pánico la semana pasada
1. 1 ataque de pánico en la semana pasada
2. 2 o 3 ataques de pánico en la semana pasada
3. 4-6 ataques de pánico en la semana pasada
4. Más de 6 ataques de pánico

A.2. ¿Cómo de severos fueron los ataques de pánico en la semana pasada?

0. No ataques de pánico la semana pasada
1. Los ataques fueron generalmente leves
2. Los ataques fueron generalmente moderados
3. Los ataques fueron generalmente graves
4. Los ataques fueron generalmente muy graves

A.3. Normalmente, ¿cuánto duraron los ataques de pánico?

0. No ataques de pánico la semana pasada
1. De 1 a 10 minutos
2. Entre 10 y 60 minutos
3. Entre 1 y 2 horas
4. Más de 2 horas

U. La mayor parte de los ataques, ¿fueron esperados (sucedieron en situaciones temidas) o inesperados (espontáneos)?

0. Principalmente inesperados
1. Más inesperados que esperados
2. Algunos inesperados y algunos esperados
3. Más esperados que inesperados
4. Más de 2 horas

B.1. Durante la última semana, ¿evitó determinadas situaciones por miedo a tener un ataque de pánico o una sensación de incomodidad?

0. No evitación (o mis ataques no suceden en situaciones determinadas)
1. Evitación infrecuente de situaciones temidas
2. Evitación ocasional de situaciones temidas
3. Evitación frecuente de situaciones temidas
4. Evitación muy frecuente de situaciones temidas

B.2. Por favor, marque las situaciones que evita o en las cuales se producen ataques de pánico o una sensación de incomodidad:

Aviones	Sitios altos
Autobuses, trenes	Cruzando puentes
Teatros, cines	Viajando lejos de casa
Haciendo cola	Quedarse en casa solo
Fiestas o reuniones sociales	Metro
Restaurantes	Barcos
Sitios cerrados (p. ej., túneles)	Supermercados
Aulas, salones de conferencias	Auditorios, estadios
Conduciendo o yendo en coche (p. ej., en un atasco)	Multitudes
Grandes habitaciones (vestíbulos)	Museos
Caminando por la calle	Ascensores
Campos, grandes avenidas	

Otras situaciones:

0. Ninguna (o no agorafobia)
1. 1 situación
2. 2-3 situaciones
3. 4-8 situaciones
4. Ocurre en muchas situaciones distintas

7.8. Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)

<p>B.3. ¿Qué grado de importancia tenían las situaciones evitadas?</p> <p>0. No importantes (o no agorafobia)</p> <p>1. No muy importantes</p> <p>2. Moderadamente importantes</p> <p>3. Muy importantes</p> <p>4. Extremadamente importantes</p>	
<p>C.1. En la semana pasada, ¿tuvo temor a tener un ataque de pánico (ansiedad anticipatoria)?</p> <p>0. No ansiedad anticipatoria</p> <p>1. Temor infrecuente a tener un ataque de pánico</p> <p>2. A veces temor a tener un ataque de pánico</p> <p>3. Temor frecuente a tener un ataque de pánico</p> <p>4. Temor constante a tener un ataque de pánico</p>	
<p>C.2. ¿Qué intensidad tenía ese «temor de temor»?</p> <p>0. Nula</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Marcada</p> <p>4. Extrema</p>	
<p>D.1. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en sus relaciones familiares (con su pareja, los niños)?</p> <p>0. No deterioro</p> <p>1. Deterioro leve</p> <p>2. Deterioro moderado</p> <p>3. Deterioro marcado</p> <p>4. Deterioro extremo</p>	
<p>D.2. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en su vida social y actividades de ocio (p. ej., no ha sido capaz de ir al cine o una fiesta)?</p> <p>0. No deterioro</p> <p>1. Deterioro leve</p> <p>2. Deterioro moderado</p> <p>3. Deterioro marcado</p> <p>4. Deterioro extremo</p>	
<p>D.3. En la semana pasada, ¿sus ataques de pánico o agorafobia le causaron restricciones (deterioro) en sus responsabilidades en el trabajo (o en las tareas del hogar)?</p> <p>0. No deterioro</p> <p>1. Deterioro leve</p> <p>2. Deterioro moderado</p> <p>3. Deterioro marcado</p> <p>4. Deterioro extremo</p>	
<p>E.1. En la última semana, ¿se preocupó por sufrir algún daño por sus síntomas de ansiedad (p. ej., tener un ataque de corazón, o desmayarse y herirse)?</p> <p>0. No cierto</p> <p>1. Escasamente cierto</p> <p>2. Parcialmente cierto</p> <p>3. Principalmente cierto</p> <p>4. Totalmente cierto</p>	
<p>E.2. ¿Algunas veces pensó que su médico estaba equivocado cuando le decía que sus síntomas del tipo galpes de corazón, respiración entrecortada, vértigo, etc., tenían una causa psicológica? ¿Creía que, en realidad, detrás de esos síntomas existía una causa somática (física, corporal) que todavía no había sido descubierta?</p> <p>0. No cierto (más bien enfermedad psíquica)</p> <p>1. Escasamente cierto</p> <p>2. Parcialmente cierto</p> <p>3. Principalmente cierto</p> <p>4. Totalmente cierto (más bien enfermedad orgánica)</p>	
<p>Puntuaciones</p>	
<p>A. Ataques de pánico: <u>6</u></p>	
<p>B. Agorafobia, conductas de evitación: <u>5</u></p>	
<p>C. Ansiedad en los periodos interataques: <u>5</u></p>	
<p>D. Discapacidad: <u>0</u></p>	
<p>E. Preocupaciones por la salud: <u>4</u></p>	
<p>T. Puntuación total (suma de todos los ítems excepto el «U»): <u>90</u></p>	



Nombre: Daniela N.
 Edad: 15 años

FORM 2.1

Diferenciando Hechos, Pensamientos y Sentimientos

Los ejemplos de hechos o eventos, pensamientos y sentimientos están enumerados en el siguiente formulario. Vea si puede identificar correctamente cada afirmación en la columna izquierda como hecho, pensamiento o sentimiento. Coloque una "X" en la casilla correspondiente. Por ejemplo, "Mi jefe criticó mi trabajo" es un evento.

	Evento	Pensamiento	Sentimiento
Mi jefe criticó mi trabajo.	X		
Voy a perder mi empleo.		X	
Me siento ansioso			X
Jamás tendré una oportunidad.		X	
Estoy triste.			X
Estoy atascado en el tráfico.	X		
Está lloviendo.	X		
Pienso que no le gusto.		X	
Me siento avergonzado.			X

De *Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional, Segunda Edición*. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso personal o con pacientes (véase la página de copyright para más detalles). Los compradores pueden descargar copias adicionales de este material (véase el recuadro al final del Índice General).



Nombre ⇒ Daniela N.
 Edad ⇒ 15 años.

FORM 2.2

Cómo los Pensamientos Crean Sentimientos

A menudo, nuestros pensamientos están relacionados con la forma en que nos sentimos. Por ejemplo, el pensamiento "Voy a desaprobarme el examen" puede generar sentimientos de ansiedad y tristeza. Por otra parte, el pensamiento "Voy a aprobar el examen" puede despertar sentimientos de tranquilidad y confianza. En el siguiente formulario, sírvase identificar sus pensamientos en la columna izquierda y los sentimientos que éstos originan en la columna derecha.

Pensamiento: Pienso que . . .	Sentimiento: Por lo tanto, me siento . . .
Se van a llevar preso a mi papá y le van hacer daño.	Con miedo.
Pienso que me va pasar algo.	Con angustia.
Los policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá	Ansiosa.
Me voy a desmayar.	Preocupada.

De *Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional, Segunda Edición*. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso personal o con pacientes (véase la página de copyright para más detalles). Los compradores pueden descargar copias adicionales de este material (véase el recuadro al final del Índice General).



Nombre → Daniela N.
 Edad → 15 años

FORM 2.6

Calificando el Grado de Creencia en un Pensamiento

El nivel de intensidad de una creencia negativa específica puede cambiar durante el transcurso del día. Por ejemplo, la creencia, "No puedo hacer nada" puede ser muy firme al levantarse a la mañana, alcanzando un 95%. Sin embargo, cuando está en su trabajo, este porcentaje puede disminuir a un 10%. Registre una creencia negativa durante un par de días y trate de notar si se cambia o varía. ¿Qué estaba haciendo cuando se produjo dicha variación? ¿Estaba acompañado? ¿Cambia la intensidad de su creencia según el momento del día?

Creencia negativa: <i>Los policas, me van a lastimar como lo hicieron con mi papa</i>			
Hora/actividad	% Creencia	Hora/actividad	% Creencia
<i>6 A.M. Areglandome para ir al colegio.</i>	<i>50%</i>	<i>4 P.M.</i>	
<i>7</i>		<i>5</i>	
<i>8 P.M. Estoy en clases</i>	<i>30%</i>	<i>6 P.M. Haciendo deberes</i>	<i>40%</i>
<i>9</i>		<i>7</i>	
<i>10</i>		<i>8</i>	
<i>11</i>		<i>9 P.M. Alisandome para ir a dormir</i>	<i>60%</i>
<i>12 Mediodía</i>		<i>10</i>	
<i>1 P.M.</i>		<i>11</i>	
<i>2 P.M. Salida de clases.</i>	<i>90%</i>	<i>12</i>	
<i>3</i>		<i>1 A.M.</i>	

De Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional, Segunda Edición. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso personal o con pacientes (véase la página de copyright para más detalles). Los compradores pueden descargar copias adicionales de este material (véase el recuadro al final del Índice General).

Nombre ⇒ Daniela N.
 Edad ⇒ 15 años.

FORM 3.5

Examinando la Evidencia

A menudo, tenemos pensamientos negativos y pocas evidencias que los respalden. En el siguiente formulario, puede examinar las evidencias a favor y en contra de los mismos. Responda las preguntas al final para evaluar si las pruebas corroboran realmente su pensamiento.

Pensamiento negativo: Los policías me van a lastimar como lo hicieron con mi papá.

Evidencias a favor . . .	Evidencia en contra . . .
<ul style="list-style-type: none"> • Los policías son injustos por que en vez de atrapar a los malos, atrapan a los buenos. • Los policías no ayudan a las personas. • Los policías son malos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los policías en si atrapan a los deliuentes pero yo no lo soy. • Los policías son encargados de la seguridad de las personas.
<p><i>Evidencia más importante a favor de este pensamiento:</i> Los policías son injustos por que en vez de atrapar a los buenos, atrapan a los malos.</p> <p><i>% de evidencia a favor de este pensamiento:</i> 90%</p>	<p><i>Evidencia más importante en contra de este argumento:</i> Los policías son encargados de la seguridad de las personas.</p> <p><i>% de evidencia en contra de este pensamiento:</i> 50%</p>
<p>Evidencias a favor – evidencias en contra = 40%</p>	
<p><i>Conclusión:</i> Tengo que entender que los policías cumple con su trabajo y obedecen ordenes de sus superiores.</p>	

De Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional, Segunda Edición. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso personal o con pacientes (véase la página de copyright para más detalles). Los compradores pueden descargar copias adicionales de este material (véase el recuadro al final del Índice General).

Anexo 6. Reunión con el docente tutor

