



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



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXÁMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

TEMA:

“ANSIEDAD Y SU AFECCIÓN EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES, EN UNA JOVEN DE 22 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN JUAN”

AUTORA:

SALAZAR MARTÍNEZ MARÍA BELÉN

TUTOR:

PSIC. CEDEÑO SANDOYA WALTER, Msc.

BABAHOYO - 2022

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo demostrar como la ansiedad interfiere en las relaciones interpersonales de una joven de 22 años de edad de la parroquia San Juan. Para realizar el estudio del caso fue necesario aplicar las técnicas de observación, entrevista clínica, historia clínica y los test de evaluación BAI Inventario de ansiedad de Beck, escala de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Beck, mismos instrumentos que sirvieron para determinar el diagnostico presente en la paciente, en donde se determina según el DSM-5 que la paciente tiene el Trastorno de Angustia F41.0 y el CIE-10 Trastorno de Ansiedad sin especificación F41.9. Para poder tratar este caso fue necesario aplicar psicoterapia en base a la Terapia Cognitivo Conductual TCC, para que la paciente tome conciencia de los pensamientos negativos que interfieren en su vida y remplazarlos por aquellos que le hace bien. Finalmente se logró obtener los resultados esperados ya que la paciente retomo las actividades que había dejado atrás y mejoro su calidad de vida en los entorno social y familiar.

Palabras claves: Trastorno, ansiedad, psicología, psicoterapia, entorno social, interpersonales.

ABSTRACT.

The objective of this study is to demonstrate how anxiety interferes in the interpersonal relationships of a 22-year-old girl from the San Juan parish. In order to carry out the case study, it was necessary to apply the techniques of observation, clinical interview, clinical history and the evaluation tests BAI Beck Anxiety Inventory, Hamilton Anxiety Scale and Beck Depression Scale, the same instruments that were used to determine the diagnosis present in the patient, where it is determined according to the DSM-5 that the patient has the Anxiety Disorder F41.0 and the ICD-10 Anxiety Disorder without selections F41.9. In order to treat this case, it was necessary to apply psychotherapy based on CBT Cognitive Behavioral Therapy, so that the patient becomes aware of the negative thoughts that interfere in her life and replace them with those that are good for her. Finally, the expected results were achieved, since the patient resumed the activities she had left behind and improved her quality of life in the social and family environment.

Keywords: Disorder, anxiety, psychology, psychotherapy, social environment, interpersonal.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	ii
ABSTRACT.....	iii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. DESARROLLO	2
2.1. JUSTIFICACIÓN.....	2
2.2. OBJETIVO.....	2
2.3. SUSTENTO TEÓRICO.....	3
2.3.1. ANSIEDAD.....	3
2.3.2. RELACIONES INTERPERSONALES	7
3. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:	11
4. RESULTADOS OBTENIDOS.....	13
5. SITUACIONES DETECTADAS	15
6. SOLUCIONES PLANTEADAS	17
7. CONCLUSIONES	21
8. BIBLIOGRAFÍA	23
9. ANEXOS	25

1. INTRODUCCIÓN

De manera primordial esta investigación está encaminado en establecer la ansiedad en las relaciones interpersonales de una joven de 22 años de la parroquia San Juan, el cual se desarrolló bajo la línea de investigación de salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales cuya sub línea de investigación es psico terapia individual y/o grupal. En donde se debe iniciar reconociendo al trastorno de ansiedad como una enfermedad muy común a nivel mundial y determinando cual es el tipo de ansiedad presente en la paciente y, como estas sintomatologías le impiden desarrollarse en el entorno social

Esta investigación se sustenta a dos variables que están impidiendo que el individuo lleve sus relaciones sociales de forma natural este estudio de caso se desarrolló con la finalidad de identificar los síntomas característicos, tipos, signos, y causas que presenta una joven que requiere intervención psicológica y el cómo esta sintomatología presente desde la adolescencia afecta el entorno social, indagando la conexión que existe entre la ansiedad y las relaciones interpersonales.

El propósito de esta investigación es determinar la afectación que tiene esta patología en el funcionamiento social de la joven que le imposibilita tener un correcto funcionamiento en su vida. Es por ello que para lograr obtener información valida se utilizó el método inductivo que permitió obtener una conclusión general en relación al tema el cual es de tipo correlacional puesto que se estableció la relación entre ambas variables; cuyo enfoque es mixto dado que permitió analizar y vincular datos cuantitativos y cualitativos para responder la problemática principal.

Para la viabilidad y el desarrollo del presente trabajo se utilizaron técnicas y herramientas psicológicas como fueron la observación clínica para obtener información no mencionada por la paciente, la entrevista clínica que permite la recolección de datos que fueron fundamentales para llenar la historia clínica y por último la aplicación de test psicológicos cuyos resultados fueron una base de apoyo para la información ya obtenida. Este documento finiquita con conclusiones y recomendaciones planteados por la autora siendo participe en orientación de soluciones para que el sujeto de estudio mejore sus relaciones sociales.

2. DESARROLLO

2.1. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se llevó a cabo en base a la influencia que está teniendo el trastorno de ansiedad en una joven de 22 años de la parroquia San Juan y, como dicho trastorno este influenciando en las relaciones interpersonales de la paciente razón por la cual se investiga cual es la causa que origina sufrir dicho padecimiento.

A través de la investigación que se planteó se pretende brindar información acerca de la importancia que tiene el trabajar con las distintas problemáticas que se presentan en la joven con ansiedad con el objetivo de determinar mediante el estudio de caso la afectación que tiene la ansiedad en las relaciones interpersonales de una joven de 22 años.

El desarrollo de la investigación tiene como beneficio el reducir de manera significativa los niveles de ansiedad presentes en la paciente y contribuirá decisivamente a mejorar el estado de salud mental, este estudio de caso tiene como finalidad proporcionar el bienestar emocional e intrapersonal con la obtención de datos que se recolectaron que permitirá establecer la viabilidad del presente documento.

Esta investigación produce un aporte científico, pues se considera que las patologías mentales en la población que hoy en día se manifiesta como un problema principal, a nivel mundial existen estudios que intentan describir la presencia de dicho fenómeno en nuestro entorno.

Al realizar este estudio de caso es posible establecer un enfoque terapéutico completo basado en el enfoque cognitivo-conductual en donde se le brindará estrategias para la paciente que presenta dificultades en las relaciones intrapersonales pueda mejorar su salud mental así mismo la implementación de técnicas y un plan psicoterapéutico es beneficioso porque busca equilibrar el estado psicológico, ayudando a los pacientes a mejorar sus relaciones interpersonales con los demás

2.2. OBJETIVO

Determinar el efecto que tiene la ansiedad en las relaciones intrapersonales de una joven de 22 años de edad de la parroquia San Juan

2.3.SUSTENTO TEÓRICO

2.3.1. ANSIEDAD

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2019) “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es decir, tanto la salud física y mental tienen la misma relevancia y merecen atención de un profesional de la salud. Cuando se habla de ansiedad lo primero que hay que hacer es distinguir la ansiedad humana normal y la ansiedad patológica.

De acuerdo con la psicóloga Rita Wigisser autora del libro *Ansiedad y pánico: Guía de emergencia* (2017) la ansiedad se manifiesta como una emoción natural del cuerpo humano, que se ejecuta como una reacción de la tensión y que más se percibe y menos se orienta que las fobias y miedos. En otras palabras, es la reacción emocional de las personas ante una situación de peligro o amenaza, que se manifiesta por un conjunto de reacciones tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Empleando las palabras de Ramos (2021) se define como ansiedad a la emoción que provoca un estado: “desagradable de confusión interna e incluye sentimientos subjetivamente desagradables de temor por los eventos que se anticipan. A menudo se acompaña de un comportamiento nervioso como caminar de un lado a otro, quejas somáticas y rumiación de pensamientos”. En donde la inquietud y la preocupación se hacen presentes, desatando una reacción desmesurada de una situación que se percibe como amenazante. Frecuentemente se manifiesta en el cuerpo humano como una tensión muscular, fatiga, desesperación, opresión en el abdomen, y problemas en la concentración.

En efecto si el ser humano, no percibe ansiedad en algún momento de su vida se podría considerar como una anomalía, ya que se está expuesto a situaciones de estrés o peligro constante en la vida diaria. Un ejemplo común en donde se presenta ansiedad es en situaciones amenazadoras como una entrevista de trabajo, un examen o incluso una primera cita. La ansiedad a niveles adecuados ayudara a mantener en alerta y enfocarnos en el problema a resolver así que en ciertas ocasiones una pequeña dosis es muy necesaria.

Sin embargo, para la psicóloga Rita Wigisser (2017) la ansiedad se convierte en un problema cuando: “rebasa determinados niveles, considerados normales, y el cerebro capta como amenazadoras una o varias situaciones de la cotidianidad relacionadas con el trabajo, la pareja, la

familia, o con cualquier otro aspecto importante de la vida diaria”. En función el cerebro produce múltiples respuestas sin motivos considerados no necesarios, por ende, el sobre estímulo inicia a desembocar un sin número de síntomas en momentos innecesarios, situación por la cual termina afectando en varios aspectos la vida diaria, y es ahí justamente en donde se convierte en un trastorno que puede afectar a cualquier persona sin importar el género, la situación social y nivel académico.

En ese mismo contexto cuando una persona presenta un trastorno de ansiedad, tiende a sufrir constantes preocupaciones y tensiones aún en situaciones en donde no hay justificativos. A medida que la ansiedad se acumula o agrava, se va presentando un desorden que puede provocar un ataque de pánico, agorafobia, fobia social, etc. Aunque este fenómeno no es estrictamente considerado así, lo cual implica que en ciertos casos pueda probarlos o simplemente nunca suceder.

Los síntomas de la ansiedad para Burillo (2018) son muy diversos, sin embargo dentro de estudios psicológicos se diferencian: “ entre sobrevenidos y reactivos por un lado, y como físicos y mentales por otro”(p.3). En donde dentro de cada grupo se derivan múltiples subgrupos.

2.3.1.1 Síntomas de la ansiedad.

Síntomas de la ansiedad sobrevenidos: Se denomina a los síntomas de la ansiedad como sobrevenidos, cuando llegan sin prevenirlo, en donde el afectado siente miedo sin presentirlo. Son los que más miedo nos suelen dar puesto que hace parecer que esta por ocurrir algo muy grave, cuando en realidad no lo es así. (Burillo, 2018)

Síntomas de la ansiedad reactivos: Se manifiesta con los mismos síntomas de la ansiedad sobrevenida, sin embargo, la única diferencia es de donde proviene, ya que es provocada por quien lo padece. Los pensamientos interfieren y provocan que la persona se sienta mal, la forma negativa de pensar hace que los síntomas de ansiedad se presenten constantemente, por el agobio ante lo que aún no sucede. (Burillo, 2018)

Síntomas de la ansiedad físicos: Para el doctor Sergio Oliveros (2016) la ansiedad en altos nivel implica en el ser humano active dos sistemas neuroendocrinos de alerta, tales como la adrenalina y noradrenalina y el cortisol, que son los encargados de poner en alerta organismo para adaptarse y reaccionar frente a situaciones de amenaza. Las manifestaciones físicas de la ansiedad pueden ser dentro del sistema nervioso, digestivo, cardiovascular, respiratorio, dermatológico y genitourinario.

Síntomas de la ansiedad mentales: De acuerdo con la revista Mayo Clinic (2021) los síntomas de ansiedad también afectan u ocasiona otros trastornos mentales y físicos, tales como:

- Depresión (que a menudo se produce junto con un trastorno de ansiedad) u otros trastornos de salud mental
- Abuso de sustancias
- Problemas para dormir (insomnio)
- Problemas digestivos o intestinales
- Dolor de cabeza y dolor crónico
- Aislamiento social
- Problemas en la escuela o el trabajo
- Mala calidad de vida
- Suicidio

En efecto, en términos generales la ansiedad no es más que la lucha del sistema nervioso central, como mecanismo de defensa ante un peligro percibido, en donde se genera múltiples respuestas de lucha, huida o parálisis con el objetivo de preservar la vida. Una ansiedad normal es considera aquella que funciona como mecanismo de defensa que se habilita para resolver conflictos, sin ocasionar problemas a los sistemas del cuerpo humano. Mientras que una ansiedad a niveles en donde interfiere el sistema nervioso, es considerada como un trastorno ya que provoca un funcionamiento desregulado de la preocupación.

2.3.1.2 Tipos De Ansiedad

De acuerdo con el libro sobre la ansiedad de Mateus (2019) una persona con ansiedad puede presenciar una situación diversa de otra que también padece lo mismo, esto se debe a que existen diferentes tipos de ansiedades, de acuerdo al nivel de reacción experimentada por cada individuo. Debido a esto, los profesionales de la psicología han clasificado la ansiedad por los grupos.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Para Mateus (2019) el Trastorno de Ansiedad Generalizada o TAG se manifiesta por medio de la tensión física y mental incesante, que desencadena un estado en donde no se puede controlar la ansiedad. En definitiva, es aquí donde la ansiedad controla como el individuo debe sentirse en

casos específicos, mismo que hace sentir al límite y continuamente con estrés. Sin embargo, para Mateus presenciar estrés de vez en cuando es considerado muy normal, no obstante, si el estrés se presenta a niveles altos y sin ninguna razón, entonces es un indicador de que se padece TAG.

El Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)

La fobia social es diagnosticada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) como un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que puede resultar humillante. (Sánchez, Alcázar, y Olivares, 2004 citado por Fernández, Carrera, & Bonilla, 2017, p.26). Resumiendo lo planteado el trastorno de ansiedad social no es más que una afección crónica de la salud mental, en donde lo el miedo o el rechazo de situaciones sociales emocionales, los sentimientos de vergüenza, la inseguridad y el miedo a ser juzgado o percibido de forma negativa por otros, hace que la ansiedad se manifieste.

La Agorafobia

Teniendo en cuenta la teoría de Ceberio (2020) la Agorafobia, es la manifestación de miedo o la ansiedad significativa generada por encontrarse en lugares o situaciones de los cuales puede resultar difícil o vergonzoso escapar. Está especialmente relacionada con el temor intenso a los espacios abiertos o públicos en los que pueden presentarse aglomeraciones, estar fuera de casa sin compañía, en una multitud, esperando un turno, cruzando una avenida o viajar en cualquier transporte. Algunos ejemplos sobre la agorafobia en sus diferentes niveles son los siguientes:

La agorafobia leve es ejemplificada por la persona que duda en conducir sola largas distancias, pero se las arregla para ir y venir del trabajo, que en el cine prefiere sentarse al lado del pasillo, pero sigue asistiendo, y que evita lugares atestados. La agorafobia moderada es ejemplificada por la persona que sólo conduce en un radio de 16 km de casa y únicamente si es acompañada, hace las compras en horarios fuera de la hora pico y rehúye los grandes supermercados, evita volar o viajar en tres. La agorafobia grave se refiere a una movilidad muy limitada que en ocasiones llega al punto de quedarse recluido en casa. (Barlow, 2018)

El Trastorno De Pánico

Las personas que padecen trastorno de pánico repentinamente tienen convulsiones frecuentes estos ataques son a consecuencia de una oleada repentina de miedo e incomodidad, una

sensación de pérdida de control, aun en ausencia de un peligro real u otro desencadenante explícito. No todas las personas que exteriorizan un ataque de pánico seguirán teniendo este trastorno. frecuentemente los ataques de pánico suelen incluir síntomas físicos como temblores, hormigueo o latidos cardíacos rápidos que pueden sentirse y el sujeto puede asemejarlo como un ataque cardíaco, pueden ocurrir en cualquier momento. (Resnik, 2016)

En el trastorno de pánico los ataques suelen tener una cualidad inesperada, lo que significa que, desde la perspectiva del paciente, parecen ocurrir sin un detonante evidente o en momentos inesperados. De hecho, el diagnóstico del trastorno se define por ataques de pánico recurrentes e “inesperados”, seguidos por al menos un mes de preocupación persistente sobre su recurrencia y sus consecuencias, o por un cambio significativo en la conducta consecuenta a los ataques. (American Psychiatric Association, 2013 citado por Barlow, 2018)

Resumiendo lo planteado en el trastorno de pánico, se puede experimentar un destino inminente, tener dificultad para respirar, o en otros casos hiperventilación, dolor en el pecho o latidos palpitations aceleradas, (taquicardia). Estos ataques de pánico pueden hacer que la persona tema que volverán a ocurrir o evitar situaciones en las que sí ocurrieron.

2.3.2. RELACIONES INTERPERSONALES

Las relaciones son unos de los pilares fundamentales de la vida social y se exterioriza de múltiples formas en diversos contextos cotidianos, como la familia, los amigos, el trabajo, etc., siempre que exista la posibilidad de ambos o más personas para comunicarse de manera sostenible. En base al argumento de Asociación Americana de Psicología APA (2017) “Las personas que tienen trastornos de ansiedad tienden a sentirse abrumados fácilmente por sus emociones, y a presentar reacciones particularmente negativas a esos sentimientos y situaciones desagradables”.

Desde el punto de vista científico Bolgeri (2018) menciona que la comunicación interpersonal es un elemento que nos define como humanos, puesto que la acción de sostener una conversación entre otras personas es una actividad primitiva de la especie humana que nos acompaña desde nuestro desarrollo y evolución, por medio, del intercambio de mensajes, se logra interactuar y lograr los objetivos planteados como especie.

Cuando se mencionan las relaciones interpersonales, hace referencia al modo en el que se vinculan dos o más personas fundamentándose en emociones, sentimientos, intereses iguales o distintos y actividades sociales. La gestión de las relaciones interpersonales es un paso

fundamental en el crecimiento del sujeto. Durante el proceso de la comunicación interpersonal ocurren dos tipos de eventos tales como:

- Por una parte, procesos encubiertos relacionados con la activación de significados internos, la codificación, decodificación e interpretación de mensaje, las intenciones comunicativas, los procesos imaginarios y emocionales, los procesos evaluativos y los procesos de auto monitoreo.
- Y, por otra parte, actos expresivos manifiestos tales como el discurso hablado, la expresividad corporal, el manejo del espacio interpersonal, la dirección de la mirada o el estado de alerta hacia el interlocutor, entre otras conductas explícitas observables. (Bolgeri, 2018)

Los factores que interfiere para que se inicie las relaciones interpersonales entre individuos según Miralles & Carrera (2021) se deben a los siguientes elementos:

1. Bajo el contexto social

El ser humano por instinto buscara la aprobación de su grupo social, por esto que según diferentes culturas exista la necesidad de contraer matrimonio o iniciar una relación cuando ocurre algún tipo de atracción entre los individuos. (Miralles & Carrera, 2021)

2. Atracción y relaciones interpersonales

La atracción es un tipo de fenómeno que ocurre mayormente al momento en el que un individuo siente el instinto de vincularse o entablar algún tipo de relación con otra persona, esto puede ocurrir de manera voluntaria, por un lado, pues si bien al comienzo puede existir atracción, dependerá del individuo y de su capacidad y habilidad social iniciar una interacción con la otra persona. (Miralles & Carrera, 2021)

3. Familiaridad

Es más frecuente que las personas con las que se mantiene mayor contacto sean con las que se establezca una relación amistosa o amorosa, dado a que el tiempo en el que se interactúa ayuda a que ambas partes se sientan más seguras entre sí, puede motivar la confianza entre compañeros, por lo que la atracción puede surgir gracias a la sensación de familiaridad que sucede entre los pares. (Miralles & Carrera, 2021)

4. Semejanza

Esta puede ocurrir en diferentes aspectos como: la personalidad, en las actitudes o en el “yo” ideal, en este punto se puede decir que la semejanza puede ser gran motivadora para que nazca la atracción, pues mientras más se encuentren similitudes entre los pares, más atraídos podríamos sentirnos hacia esa persona. (Miralles & Carrera, 2021)

2.3.2.1 Tipos de Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales se clasifica de acuerdo a la práctica y a la intervención, de acuerdo con la psicóloga Castro (2022) las relaciones interpersonales no son más que la integración entre dos o más personas, en donde el proceso comunicativo es recíproco, están se clasifican de acuerdo al grado de afinidad o confianza, tales como:

Relaciones íntimas o afectivas. Una persona que busca y tiene una conexión profunda con los demás tiene una comprensión fundamental de los distintos grados de afecto. Es decir, relaciones de confianza construidos para durar, combinados con comodidad y protección, solidaridad y atribución. Tal es el caso, por ejemplo, en el amor y la amistad.

Relaciones superficiales. Son aquellas que se tratan en una capa inicial de conocimiento del individuo, es decir, en la etapa formal y superficial, sea agradable o no. Estos son lazos temporales, no tan importantes o centrales para la vida amorosa del individuo (a diferencia de las relaciones cercanas). Es el tipo de relación que estableces con extraños, con personas que sabes que son fugaces o con un compañero de bus que nunca volverás a ver.

Relaciones situacionales. Estas relaciones se adentran en el medio entre la intimidad y la superficialidad, ya que involucran a personas con las que compartimos frecuentemente, pero con las que no sentimos un apego profundo. Este tipo de conexiones siempre pueden surgir y volverse profundas, o disminuir hasta volverse superficiales. Esto es lo que les pasa a nuestros compañeros, por ejemplo.

Relación de rivalidad. Son precisamente aquellos que comienzan con enemistad, competencia o emociones más profundas, como el odio. Es decir, son relaciones negativas que afectan más o menos a nuestras emociones, pero no valoramos nuestras relaciones cercanas, aunque siempre pueden cambiar de género, según las circunstancias. En esta categoría están nuestros oponentes y nuestros enemigos.

Relaciones familiares. En esta categoría están aquellos de quienes nacimos y a quienes nos une un árbol genealógico o familiar, es decir, personas con las que compartimos una relación de sangre. En muchos de ellos también hay ciertos principios de autoridad, y por ellos se puede sentir amor o repulsión. Además, en general pueden ser más o menos profundas o superficiales, pero a diferencia de otras, suelen ser muy persistentes en el tiempo. Obviamente, en esta categoría, el modelo ideal a seguir son nuestros padres. (Castro , 2022)

2.3.2.2 La ansiedad y las relaciones interpersonales

La ansiedad afecta a las relaciones impersonales, esto sucede de modo que el individuo con ansiedad vive en zozobra y todo lo que lo rodea lo ve de forma negativa, según lo comenta la psicóloga Sabater (2020) “La mente ansiosa percibe, piensa y siente el mundo en “modo alerta”, guiada casi siempre por sensación de amenaza, desconfianza y miedo”. Lo cual resulta ser un detonante para la ejecución de ciertas conductas, realizar determinados comportamientos, realizar pequeñas acciones o simplemente comportarse de acuerdo con los estándares de la sociedad.

De esta manera, de acuerdo al autor Alcaraz (2018) que las personas con ansiedad “tienen una autoestima demasiado baja, se perciben como incapaces de actuar de forma adecuada, se ven con defectos y no se sienten válidos”. Interfiriendo en el flujo de los pensamientos (sentir incapacidad de pensar con claridad) provocando una respuesta respuestas fisiológicas desagradables (dificultad para respirar, sudoración, sequedad en la boca, etc.), esto conlleva a analizar situaciones de forma distorsionada (la gente está mirando, se ríen, etc.), y lleva a predecir futuros fracasos (jamás haré amigos, no ser aceptado etc.). Presentando conductas de evitación social, que se manifiestan como, por ejemplo: en no hacer contacto visual, permanecer en silencio por temor hacer el ridículo y permanecer en una postura rígida a causa de la tensión.

Cabe recalcar, que las personas con ansiedad social no indica necesariamente que carezcan de alguna competencia social, sino más bien está vinculado con la imposibilidad de poner en uso de las conductas sociales a consecuencia de la ansiedad. Desde el plano científico de las funciones y mecanismos en un sistema humano, las personas con ansiedad social experimentan sensaciones particulares de la estimulación del sistema nervioso, en donde según Minici et. al (2017) menciona que: “Ellas incluyen calor, especialmente en la cara, ruborización, sudor en

manos y axilas, sequedad bucal, y en algunas ocasiones, dolor abdominal e hiperventilación. Naturalmente, todas estas sensaciones se hallan signadas por el malestar y el displacer subjetivos”.

La persona con ansiedad, tienden a tener un sesgo dentro del procesamiento de la información emocional de forma negativa proveniente de la conducta. Es decir, el paciente activa el esquema cognitivo vinculado con el rechazo, el temor y la evaluación negativa, lo cual lo hace prestar as atención a aspectos propios.

3. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

El método utilizado en este estudio se basa en una **modalidad cualitativa y cuantitativa**, por medio de un **método clínico** aplicado a las ciencias de la psicología en el estudio y análisis del proceso de la enfermedad de una joven de 22 años que presenta indicio de lo que sería ansiedad, debido a la afectación en las relaciones interpersonales que se ha venido observando. Asimismo, fue necesario la aplicación de **método psicométrico**, mismo que permitió ejecutar procedimientos que conducen a la valorización cuantitativa, como test psicométricos que reflejan el nivel de ansiedad presentado en la paciente, para así llegar a conclusiones la determinación del diagnóstico y tratamiento adecuado. Para recolectar los datos fue necesario utilizar las siguientes técnicas:

Observación Clínica

Esta técnica se ha utilizado en el caso de estudio porque es un método que permite recopilar información mediante la observación del objeto de investigación, cuyas herramientas de guías de observación, permitió identificar características no verbales, tales como expresiones faciales, comportamiento, movimientos corporales, tono y volumen de voz, entre otros. Cuyo propósito de divulgar datos no verbalizados durante las sesiones con el paciente.

Entrevista Clínica

Esta es una herramienta clínica oral realizada por dos o más personas. A través de un desarrollo participativo y organizado, con la ayuda de formulación de preguntas mediante un dialogo. Con conversaciones dinámicas estructuradas, en donde el terapeuta realiza preguntas, y los pacientes son La persona que les responde.

Esta técnica se realizó con la finalidad de obtener la información por medio de esquema de preguntas para hacer a los pacientes donde se obtuvo información detallada sobre la vida en general y los problemas que te afectan actualmente.

Historia Clínica

Se conoce a la historia clínica como una herramienta encargada de recolectar y almacenar datos relacionados con un paciente. Esta técnica se utilizó para registrar los datos clínicos del sujeto del caso de estudio los cuales fueron recolectados durante las sesiones.

A través del procedimiento realizado para llegar al diagnóstico y continuar un tratamiento. Dentro de la Historia Clínica se ejecutaron preguntas que permitieron examinar sobre el dominio familiar, historia evolutiva, las relaciones interpersonales, anamnesis, adaptabilidad social. (anexo1)

Test Psicométrico.

La medición de la capacidad psicológica se denomina medición psicometría. Dado que es esta área la que asigna valores (numéricos) a los estados y fenómenos psicológicos, a modo que sea posible comparar las características psicológicas de diferentes personas y así de esta manera manejar información objetiva, cabe destacar que los test no proporcionan un diagnóstico de un trastorno en particular, pero puede ser útil.

Los test que se utilizaron para este estudio de caso fueron:

- BAI Inventario de ansiedad de Beck
- Escala de ansiedad de Hamilton
- Escala de depresión de Beck

BAI Inventario de Ansiedad de Beck

Un cuestionario auto administrado que consta de 21 ítems que explican varios síntomas de ansiedad. Los pacientes responden a cada pregunta, desde "nada" hasta "grave". El BAI hace una buena distinción entre grupos de pacientes con y sin trastornos de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas. Al igual que otras medidas de depresión de Beck, BAI proporciona una gran cantidad de datos normativos (anexo 2).

Escala de Ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton es una herramienta de evaluación que se utiliza para evaluar los niveles de ansiedad de un paciente. Puede ser aplicado en niños y adultos. Este teste debe ser ejecutado por un profesional especializado en la salud mental

La escala de ansiedad de Hamilton tiene un ítem en el que el propio investigador tiene la tarea evaluar la condición del paciente que está siendo evaluado. Es muy importante ser riguroso en este aspecto ya que es importante poder hacer un diagnóstico certero (anexo 3).

BDI Escala De Depresión De Beck

El Test de Depresión de Beck fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de opción múltiple. Es una de las herramientas más utilizadas para medir la gravedad de la depresión. (anexo 4).

4. RESULTADOS OBTENIDOS

Presentación del caso

Identificación de la paciente

La paciente es una joven de 22 años de edad, de estado civil soltera, que radica en la parroquia San Juan del cantón Pueblo Viejo, provincia de Los Ríos. La actual ocupación es la que se desempeña laboralmente es como cajera de un almacén de viveres.

Acude a consulta por voluntad propia, debido a que presenta hace varios meses de “crisis nerviosas” recurrente, la cual ha estado presente desde la adolescencia, pero desde los últimos 7 meses se han incrementado, presentándose una vez al mes o cada dos meses, pero que en los últimos meses se le ha sumado a esta crisis su intensidad. Con los múltiples exámenes médicos se descartó la posibilidad de padecer enfermedades físicas.

Procedimiento del caso

Para llevar a cabo este caso, se ejecutaron 4 sesiones, en donde tuvieron una duración aproximada de 40 a 45 minutos, en el que se determinaron diversos tipos de intervenciones, con finalidad de tratar este caso y solucionarlo. A continuación, se detalla el proceso ejecutado.

Primera sesión.

Se trabaja el motivo de consulta el 11 de junio del 2022 desde las 4:00 p.m. hasta las 4.45 p.m. en donde la primera sesión tiene como objetivo establecer la empatía o rapport entre paciente terapeuta dejando en claro la confidencialidad que se llevara en las próximas sesiones. Esta entrevista fue semi estructurada puesto que se emplearon un esquema de preguntas que fueron

realizas previa a la cita a si mismo se realizaron preguntas que surgieron en la misma de tal forma recolectar información necesaria personal y familiar que servirá para llenar la historia clínica y para las sesiones subsecuentes. Se dio una breve explicación del modelo y preparar al paciente para la terapia cognitiva instruyendo que sus pensamientos son los que le están generando la molestia.

Segunda sesión

Se realizó en 18 de junio del 2022 desde las 3:00p.m. hasta las 3. 45p.m

En esta sesión se establecieron los objetivos y también se le instruyo a la paciente sobre el problema que está presentando también La paciente procede a realizar el test de Depresión de Beck, ya que presenta ciertos rasgos característicos de depresión también se le aplico el test de ansiedad de Hamilton y de ansiedad de Beck ya que presenta, respondiendo preguntas de opción múltiple en donde se evalúa la gravedad de síntomas presentes en la paciente como la culpa y los síntomas físicos como la fatiga o la pérdida de peso etc. Al finalizar se logró interactuar con la paciente en un dialogo abierto, con más confianza, seguridad y sobre todo compromiso.

Tercera sesión

Se realizó el 25 de junio del 2022 desde las 10:00 a.m. hasta las 10: 45a.m.

En esta sesión se dio los resultados del test de Beck por que la paciente presento rasgos característicos de tristeza en donde se descartó una posible depresión con lo que respecta a los test de ansiedad arrojaron un resultado alto para una posible ansiedad y se le explico a la paciente sobre el diagnostico presuntivo que presenta.

Posterior a esto se realizó una actividad que consiste en la técnica de diferenciando evento, pensamiento y sentimiento la paciente identifica que tipo de pensamientos y sentimientos surgen cuando se producen diversas situaciones y establecer la relación que existe entre ellos. Al finalizar la paciente pudo diferenciar el pensamiento y sentimiento que le generan ciertas situaciones y se le envió de tarea la actividad que se realizó en la sesión

Cuarta sesión

Esta sesión se realizó el 2 de julio del 2022 a las 2:00p.m. hasta las 2:45p.m.

Se inició con una técnica de relajación progresiva que consiste en la tensión y relajación de los músculos acompañada de la respiración debido a que la paciente se presentó algo nerviosa y esto permitió calmar a la paciente y posterior a esta técnica se realizó una pequeña retroalimentación de la sesión anterior y se continuo en la revisión de la tarea que consistió en

realizar una tabla donde debía hacer las respectivas anotaciones de las situaciones que se presentaron en el transcurso de los días antes de la siguiente sesión llenando las situaciones que se le iban presentando.

En esta sesión se procedió implementar una nueva técnica llamada categorizando distorsiones cognitivas en donde el dialogo abierto permitió explicarle a la paciente en qué consistía y se prosiguió en la aplicación de la técnica, en donde la paciente presento: Nunca podre viajare sola(inferencia arbitraria) “si salgo sola me va a dar un infarto” (adivinación del futuro), “si salgo acompañada voy si no, no salgo”(pensamiento dicotómico) y “las pocas veces que intento salir siempre me pasa algo, como un tipo de señal”(personalización)

Quinta sesión

En esta sesión se pretende aplicar la técnica de desensibilización sistemática en donde se prepara a la paciente para una exposición de manera progresiva antes durante y después de la exposición aplicando y enseñando la técnica de relajación progresiva que consiste en contraer y relajar los músculos. Esta técnica se la aplicara durante la sesión y se le pedirá a la paciente que lo practique en casa y antes de exponerse, una vez expuesta y al finalizar la exposición al miedo para disminuir los síntomas somáticos que se presentaran.

5. SITUACIONES DETECTADAS

De acuerdo a las áreas exploradas en la paciente de 22 años de edad de la parroquia San Juan, se detectó lo siguiente:

Cognitivo: En el área cognitiva se detectó que la paciente siente rechazo, porque cree que no la aceptaran por su padecimiento, idea de que va a morir esto ocurre cuando está presentando una crisis o cuando ya paso por una, preocupación excesiva piensa en la preocupación que causa en su familia, pensamientos recurrentes, ideas fóbricas

Afectivo: Dentro del área afectiva la paciente siente miedo, tristeza, desesperación, enojo y desanimo debido a que no sabe cómo controlar o que hacer cuando se presentan las sintomatologías

Conducta social/escolar: En el área conductual social/escolar muestra intranquilidad por el hecho de que tendrá que trabajar en ausencia de la hermana que menciona que le genera de cierto modo seguridad, evitación de realizar actividades de exposición social ha pensado pedir

vacaciones en el trabajo hasta que su hermana pueda trabajar y disminución de la capacidad laboral desde que supo que su hermana ya no podría asistir a trabajar

Somática: Dentro de la somática la paciente presenta el llanto, entumecimiento de manos mientras está teniendo su “crisis nerviosa” hiperventilación, agitación, y temblor antes de que se presente la crisis y en ciertas ocasiones cuando le mencionan el hecho de que tiene que realizar una actividad por si sola (salir a comprar sola) desde que le mencionan la actividad empiezan los síntomas y evita a todo costo realizarla fatiga, falta de respiración y hiperactivación e insomnio después que sus niveles de ansiedad disminuyen.

Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck BAI

Mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck BAI, a la paciente los resultados arrojados fueron de 22 puntos, equivalente a un nivel de ansiedad moderado, lo cual determina que la ansiedad presentada por la paciente está vinculada a los sentimientos incontrolables de temor, pánico y preocupación.

Tabla 1.

Nivel de ansiedad BAI de acuerdo a puntuación

PUNTUACIÓN NIVEL DE ANSIEDAD BAI		
TIPO DE ANSIEDAD	RANGO	TOTAL
Ansiedad Mínima	0 a 7	
Ansiedad Leve	8 a 15	
Ansiedad Moderada	16 a 25	✓
Ansiedad Grave	26 a 63	

Resultados del test de ansiedad Hamilton

Los resultados arrojados en el test de ansiedad de Hamilton, fueron de 16 puntos, equivalentes a un nivel de ansiedad moderada, todo esto indica que el problema se relaciona al pánico de enfrentarse a grupos sociales, que la mantienen tensa y preocupada.

Tabla 2.

Nivel de ansiedad de acuerdo a puntuación HDRS

PUNTUACIÓN NIVEL DE ANSIEDAD HDRS		
TIPO DE ANSIEDAD	RANGO	TOTAL
Sin Ansiedad	0 a 7	
Ansiedad ligera/menor	8 a 13	
Ansiedad de Moderada	14 a 18	✓
Ansiedad de severa	19 a 22	

Resultados de la Escala De Depresión De Beck BDI

Los resultados de la escala de Depresión de Beck, arrojaron una puntuación de 15 que presenta una leve perturbación en el estado de ánimo lo cual indica que esta presenta bajo estado de ánimo, fatiga, insomnio y problemas de concentración.

Tabla 3.

Nivel de depresión de acuerdo a puntuación

PUNTUACIÓN NIVEL DE DEPRESIÓN BDI		
TIPO DE DEPRESIÓN	RANGO	TOTAL
Depresión Mínima (perturbación en estado de ánimo)	11 a 16	✓
Depresión Leve	17 a 20	
Depresión Moderada	21 a 30	
Depresión Grave	31 a 40	

Diagnóstico estructural

De acuerdo la sintomatología y los resultados de los test aplicados se llegó al siguiente diagnóstico presuntivo

Tabla 4.

Diagnóstico presuntivo

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO		
DSM-5	Trastorno de Angustia	F41.0
CIE-10	Trastorno de Ansiedad sin especificación	F41.9

6. SOLUCIONES PLANTEADAS

Este estudio de caso cuenta con la intervención psicoterapéutica con un enfoque cognitivo conductual TCC, detallado a continuación:

Categoría	Objetivo	Actividad	Técnica	Sesiones Fechas	Resultados
Cognitivo Pensamientos perturbadores Inferencias arbitrarias	Identificar los pensamientos que perturban el bienestar de la paciente	Consta en una breve explicación del modelo que se llevó a cabo durante el proceso, y el cómo los pensamientos le generan sentimientos	Psicoeducación Aplicación de instrumentos psicométricos Como los pensamientos crean sentimientos	Sesión 1-2 11/06/2022 18/06/2022	La paciente logro identificar que un pensamiento crea sentimientos y conoció más sobre su padecimiento y el modelo que se llevara durante las sesiones
Afectivo (deterioro en su estado de ánimo) Desesperación, llanto, miedo enojo desanimado tristeza, angustia	Registrar que tipo de pensamientos y sentimientos surgen cuando se presenta diferentes situaciones	Consiste en anotaciones de un evento en particular y que pensamientos y sentimientos le produce dicho evento	Diferenciando evento, pensamiento y sentimiento	3 25/06/2022	Logro establecer la diferencia entre un E-P-S Y comprendió que un evento no origina una única

		y establecer una relación entre ellos			respuesta, esta es adaptativa.
Somática Nerviosismo, insomnio, hiperventilación cansancio, temblores, llanto, hiperactivación	Aprender la aplicación de una técnica de relajación, que pueda implementar la paciente en caso de presentar síntomas de ansiedad, de tal manera que pueda controlarlos	Esta técnica consiste en la contracción de los músculos y la relajación para poder disminuir las tensiones y reducir los niveles de ansiedad	Relajación progresiva	4 02/07/2022	Al principio se le dificulto el hecho de tensar por partes su cuerpo pero poco a poco se logró el objetivo principal, de reducir los niveles de ansiedad, la paciente considero ponerlo en práctica en situaciones que le generen ansiedad
Conductual Conducta evitativa y deterioro en las relaciones interpersonales	Exponer de manera progresiva a situaciones que generen miedo	Consistirá en exponer de forma gradual previo a una preparación aplicando una	Desensibilización sistemática Relajación progresiva	5	Se espera que la paciente logre disminuir el miedo que le provocan el

	realizando una técnica de relajación	técnica de relajación a la paciente, a una situación que le genere miedo			realizar actividades sociales
--	--------------------------------------	--	--	--	-------------------------------

7. CONCLUSIONES

Como se ha mostrado la ansiedad es un problema actual que toma fuerza en la sociedad porque se presenta comprometiendo la seguridad física y psicológica de quienes la padecen y muchas veces tiene una complejidad al momento de reconocerla. Sin embargo, a través de este estudio de caso pudimos acercarnos a la paciente afectada con signos y síntomas de tristeza, ansiedad, soledad, inferioridad, cansancio, malestar general, falta de energía y aislamiento provocando así dificultades en su entorno social, lo que genera obstáculos en sus relaciones interpersonales.

Por consiguiente, la ansiedad repercute de forma directa en las relaciones interpersonales del sujeto de estudio, puesto que este padecimiento le impide relacionarse correctamente en el entorno social lo que ocasiona que el sujeto cohiba ciertas actividades sociales. Con la ayuda de los test que fueron aplicados durante las sesiones se pudo reforzar la información previa que fue obtenida por el discurso del paciente, y posterior se confirmó la afectación que tiene la ansiedad presente en la paciente y sus relaciones sociales.

Así mismo fue de suma importancia que la paciente entienda y conozca el trastorno que está presentando de esta forma se facilitó el proceso terapéutico, cabe mencionar que el apoyo de las hermanas durante las sesiones fue de gran ayuda para la paciente pues esto hizo más eficiente el trabajo realizado. Para la recolección de datos basándome en el objetivo planteado, y en la metodología aplicada se pudo determinar el tipo de ansiedad y los niveles de ansiedad presentes en la paciente el cual fue según el Dsm5 trastorno de angustia f41.0 y el Cie10 trastorno de ansiedad sin especificación f41.9 por causa de los cambios de conductas evidentes de acuerdo a lo acontecido a la información brindada durante el progreso de las sesiones terapéuticas.

A través de la intervención terapéutica con la paciente se pudo adquirir información trascendental a la problemática; las entrevistas, la observación, la historia clínica y la aplicación de test permitieron demostrar el dominio que tiene la ansiedad en la paciente misma que daña las distintas áreas cognitiva, afectiva, conductual y somática.

Es por esta razón que se desarrolló un plan de tratamiento basado en el enfoque cognitivo-conductual con el propósito dirigido a lograr que la paciente implemente las técnicas aplicadas para de tal forma solucionar, enfrentar, precaver, y dominar las afectaciones que existen en su vida.

La ansiedad es un síndrome cada vez más influyente en la población adulto-joven por lo que un diagnóstico conveniente de este trastorno va a desencadenar una serie de acciones que

proporcione un tratamiento terapéutico especializado donde el seguimiento, perseverancia y apoyo de familiares fue esencial para que la joven pueda asumir la responsabilidad de su vida con motivación por un futuro mejor.

También se logró comprobar la correlación que existe entre las dos variables, es decir que a mayores niveles de ansiedad peor serán las relaciones interpersonales, dado que los niveles de ansiedad inhiben en buen desarrollo de la misma.

Es recomendable hacer un seguimiento a la paciente y continuar con la psicoterapia para aliviar las sintomatologías que obstaculizan su desarrollo social con los demás de igual manera es oportuno el apoyo familiar puesto que fue un pilar fundamental en el proceso terapéutico para evitar el abandono del proceso. Por último, se recomienda más investigaciones con respecto al tema, a través de estudios que identifiquen la ansiedad que existe en los pacientes, la elaboración y desarrollo de diversos esquemas de tratamientos ayudaran en gran medida a orientar el buen desarrollo en cada área.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alcaraz, A. (17 de Octubre de 2018). *¿Sientes ansiedad ante nuevas relaciones interpersonales?* Obtenido de <https://tupsicologaenmurcia.com/sientes-ansiedad-ante-nuevas-relaciones-interpersonales/>
- APA. (3 de Mayo de 2017). *Más allá de la preocupación*. Obtenido de American Psychological Association: <https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>
- Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. Editorial El Manual Moderno.
- Bolgeri, P. (2018). *Comunicación Interpersonal: Fundamentos teóricos y actividades prácticas*. Editorial Universidad de La Serena.
- Burillo, S. (2018). *ANSIEDAD La psicóloga responde a tus preguntas: Parte 1*.
- Castro, S. (31 de Marzo de 2022). *Relaciones interpersonales...mejor o peor pero ¡relacionémonos!* Obtenido de <https://www.iepp.es/relaciones-interpersonales/>
- Ceberio, M. (2020). Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión. *Calidad de Vida y Salud, 13*(ESPECIAL), 2-17.
- de Margolis, R. (2017). *Ansiedad y pánico: Guía de emergencia*. Alfaomega .
- Fernandez, A., Carrera, J., & Bonilla, D. (2017). LA FOBIA SOCIAL EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS SERES HUMANOS. *PSICOLOGÍA UNEMI, 1*(1), 25-32.
- Mateus, M. (2019). *Ansiedad: Guía De Alivio De La Ansiedad Para Superar La Depresión, El Miedo Y El Estrés*. Babelcube Inc.
- Mayo Clinic. (11 de Noviembre de 2021). *Trastornos de ansiedad*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (06 de 03 de 2017). *La ansiedad en las relaciones interpersonales*. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/la-ansiedad-en-las-relaciones-interpersonales/>

Miralles, L., & Carrera, R. (8 de abril de 2021). *EL INICIO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES*. Obtenido de <https://orientacionpsicologica.es/el-inicio-de-las-relaciones-interpersonales/#:~:text=trastornos%20del%20neurodesarrollo.-,Las%20relaciones%20interpersonales%20son%20un%20tipo%20de%20interacci%C3%B3n%20necesaria%20para,conocimiento%20y%20asegurar%20su%20>

Oliveros, S. (marzo de 6 de 2016). *Sintomas físicos de la ansiedad: una máscara a veces peligrosa*. Obtenido de <https://www.grupodoctoroliveros.com/sintomas-fisicos-de-la-ansiedad-una-mascara-a-veces-peligrosa/>

OMS. (2019). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Ramos, J. (2021). *Venciendo a la ansiedad*. Berlin: XinXii.

Resnik, P. (2016). *Ansiedad, estrés, pánico y fobias: 100 preguntas, 101 respuestas*. Penguin Random House Grupo Editorial Argentina.

Sabater, V. (5 de Marzo de 2020). *La ansiedad afecta a la calidad de nuestras relaciones*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-ansiedad-afecta-a-la-calidad-de-nuestras-relaciones/>

9. ANEXOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ **Edad:** 22

Lugar y fecha de nacimiento: San Juan 7 de agosto de 1999

Género: femenino **Estado civil:** soltera **Religión:** católica

Instrucción: superior **Ocupación:** cajera de un almacén

Dirección: San Juan via Vines **Teléfono:**

Remitente: voluntad propia

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 22 años acude a consulta psicológica de forma voluntaria porque menciona que desde hace varios meses está presentando una “crisis nerviosas” recurrente la cual ha estado presente desde la adolescencia, pero que en los últimos 7 meses han incrementado presentándose una vez al mes o cada 2 meses, pero que en los últimos meses estas “crisis” han incrementado gradualmente, con los últimos exámenes que se realizó descarto la posibilidad de padecer una enfermedad física.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente de 22 años NN presenta una contextura delgada, no aparenta su edad cronológica, aparentando ser menor según su edad, de estatura baja, tez morena, presenta una marcha estable y un aseo y cuidado personal adecuado, una postura erguida, su expresión facial demuestra preocupación. Al momento de la entrevista la paciente se encontraba algo reservada, pero mientras avanzaba en el proceso colaboro con las preguntas que se realizaron y sus gestos mostraban intranquilidad, se encuentra orientada en tiempo espacio y su memoria es de corto plazo ya que no recuerda tanto de su infancia. Su lenguaje es de tono moderado. La paciente menciona que desde hace varios meses sus “crisis” se han presentado más frecuentes *“esto me pasaba más en las noches, pero desde que mi hermana me dijo que iría a clases y me dejaría sola en el trabajo me sucede en el día también y me aterra que me llegue a pasar en la calle, por eso no salgo sola jamás, ni si quiera viajo en bus de hecho jamás lo he hecho incluso trabajo con mi hermana las tardes para de cierta forma sentirme algo protegida y tranquila de que el resto no pueda ver ni saber lo que me pasa porque pienso que me van a rechazar, que vergüenza”*.

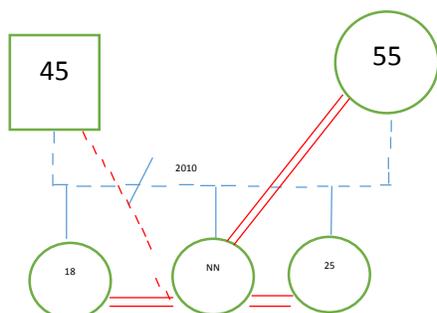
La joven menciona que sus “crisis” han venido desarrollándose desde la adolescencia pero que por creencias de su madre nunca considero la posibilidad de buscar ayuda psicológica hasta que, según lo relatado por la paciente *“en uno de mis ataques me llevaron de emergencia al doctor y a pesar del montón de exámenes que se me realizo no me detectaron ningún tipo de anomalías y el médico me dijo que debería acudir a un psicólogo”* cabe mencionar que esto ocurrió ya a los 22 años, puesto que en su etapa de adolescencia su madre jamás tomo en cuenta la posibilidad de acudir a terapia debido a que consideraba estos “ataques” como casos de fenómenos espirituales.

La paciente argumenta que antes de que se presente una de estas “crisis” ella lo presiente lo que se conoce como sentido interoceptivo y manifiesta que: *“me aterra tanto el hecho de que me va a pasar nuevamente porque que a veces no siento las manos y siento que se me entumece y me da mucho pánico el que mi mano me deje de servir y no pueda volver a dibujar más”* también menciona que le presta más atención a la “crisis” como tal y no a lo que le provoca el tener estas “crisis” y que el sobre pensar esta situación le provoca insomnio y preocupación excesiva y que por lo general se duerme alrededor de las 4-5 de la mañana. Cuando le pedí a la paciente que me relate de forma detallada lo qué ocurre exactamente cuando tiene estas “crisis” ella relata que: *primero está la sensación de que ya me va a pasar, y eso me da miedo porque siento que en uno de mis ataques ahí voy a quedar”* haciendo mención de que podría morir *“y siento que me falta la respiración, pero en realidad respiro muy apresuradamente, empiezo a sudar, y ahí empiezo a sentir lo de mis manos y el mi terror se incrementa tanto que empiezo a llorar y el corazón siento que se me va a salir de lo acelerado que siento las palpitations del pecho”*.

Cuando le pregunte a la paciente cuando fue la primera vez que estas crisis empezaron me cuenta que: *“empezaron desde que estaba en el colegio, pero mi mama antes de cualquier chequeo pensaba que era algún tipo de espíritu que me quería y como aún estaba chica pensaba lo mismo, hasta que ya ahora de grande en los últimos chequeos me descartaron enfermedades cardiacas asma etc. Y decidí buscar otras alternativas porque siento que me voy a morir en uno de mis ataques”* también le pedí que me contara a detalle que sucede luego de tener uno de estos “ataques” como ella los llama y el tiempo de duración me argumenta que: *“quedo muy cansada y bastante agitada, en ocasiones con nauseas, mareos y el cuerpo me tiembla y aun que tenga quedo muy cansada se me es difícil dormir porque presiento que me dará otro estando dormida, yo siento que son horas que me dura pero solo son menos de 5 minutos”*

Actualmente la paciente vive con sus hermanas su sobrina y la madre. Sus padres se separaron desde que ella estaba en el colegio no recuerda exactamente la edad que tenía en ese momento.

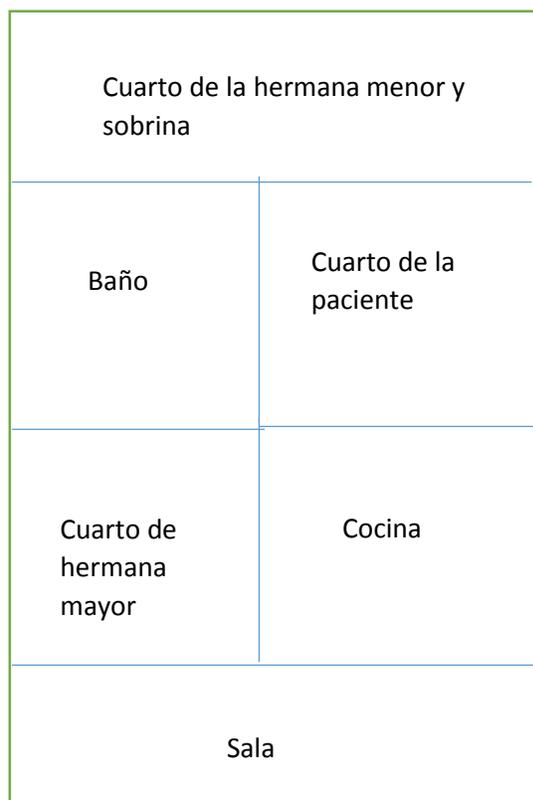
4. GENOGRAMA



Familia monoparental

La paciente vive solo con sus hermanas y su madre

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

Fue un embarazo no planificado, prematura nació a los 8 meses por cesárea, lactancia hasta los 3 años, tuvo hepatitis cuando tenía 12 años, empezó con balbuceos a los 7 meses, y camino al año 3 meses, funciones de autonomía a partir de los 2 años.

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

En sus años de escolaridad tuvo ciertas dificultades para adaptarse en los primeros días, en su infancia tuvo facilidad para hacer amigos y relacionarse con los demás compañeros y era apreciada por los maestros, su rendimiento fue medio y no hubo cambios de escuela

6.3. HISTORIA LABORAL:

Empezó su primer trabajo a la edad de 19 años en una tienda de víveres que queda en su misma localidad el ambiente laboral es muy ameno, puesto que trabaja con su hermana. Se puede decir que goza de un buen ambiente laboral

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Escasa adaptación social

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

En tiempo libre suele dibujar y/o pintar.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Empezó su vida sexual a los 16 años, actualmente no lleva una vida sexual activa

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

Ninguno

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Insomnio y alimentación adecuada

6.9. HISTORIA MÉDICA

Hepatitis

6.10. HISTORIA LEGAL

No Refiere

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Paciente mestiza flemática, con una vestimenta limpia, postura erguida, en su lenguaje corporal notaba su nerviosismo

7.2. ORIENTACIÓN

Paciente orientada en tiempo y espacio.

7.3. ATENCIÓN:

Hipervigilancia continua al ambiente en búsqueda de determinadas señales o indicios

7.4. MEMORIA:

memoria a corto plazo porque menciona que no puede traer recuerdos de su infancia al presente

7.5. INTELIGENCIA:

Media

7.6. PENSAMIENTO

Ideas fóbicas por el temor irracional que generan angustia que limitan la vida cotidiana de la paciente, obligándola a evitar realizar ciertas actividades.

Ideas fijas, pensamientos reiterados y persistentes detienen el flujo normal del pensamiento sin modificar significativamente la personalidad

7.7. LENGUAJE:

Taquilalia: La paciente hablo de forma rápida

7.8. PSICOMOTRICIDAD:

Esterotipias. Movimiento de la pierna y rascar su brazo.

Agitación. Hiperactivación y exaltación de las funciones psicomotoras

7.9. SENSOPERCEPCION:

7.10. AFECTIVIDAD

Fobofobia sentir angustia de la angustia

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Consciente de que padece de un problema

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La paciente es consciente de que presenta una enfermedad, puesto que acudió de forma

voluntaria a terapia

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

No refiere

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Test de ansiedad de Hamilton

Test de ansiedad de Beck

Test de depresión de Beck

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	rechazo, idea de que va a morir, preocupación excesiva. Pensamientos recurrentes, ideas fóbricas,	Trastorno de angustia.
Afectivo	Miedo, tristeza, desesperación, enojo desanimo.	
Conducta social - escolar	Intranquilidad, evitación de realizar actividades, disminución de la capacidad laboral	
Somática	Llanto, hiperventilación, agitación, sudoración, temblor y entumecimiento en manos, fatiga, falta de respiración ,Hiperactivación	

9.1. Factores predisponentes:

Separación de padres

El retorno a clases de su hermana

9.2. Evento precipitante:

El saber que estará sola en su trabajo

9.3. Tiempo de evolución:

Inicio hace 8 años

Pero es más relevante hace 7 meses

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Trastorno de angustia con el código f41.0 del dsm5 y

Trastorno de ansiedad sin especificación con el código f41.9 en el cie10

11. PRONÓSTICO

Pronostico bueno porque la paciente tiene conocimiento de la anomalía que está padeciendo.

12. RECOMENDACIONES

no abandonar el tratamiento, hasta que los niveles de ansiedad disminuyan de forma significativa.

(Anexo 1 historia clínica)

Nombre:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Dentro de cada grupo de afirmaciones escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continualmente me culpo por mis faltas.
- 4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

- 0. No creo tener peor aspecto que antes.
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo. ✗
2. Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes. ✗
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa. ✗
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito. ✗

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos. ✗
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos. ✗

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud. ✗
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes. ✗
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

(Anexo2 inventario de depresión de Beck)

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0		2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1		3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1		3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2		4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0		2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0		2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0		2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1		3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1		3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2		4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0		2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)		1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)		1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales		1	2	3	4

(Anexo 3 Inventario de ansiedad de Hamilton)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
1	Torpe o entumecido.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	Inestable.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
11	Con sensación de bloqueo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Anexo4 inventario de depresión de Beck)