



Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Facultad de Psicología y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología

CASO CLÍNICO DE TRASTORNO GENERALIZADO  
DE ANSIEDAD

Tesis presentada por:

PATRICIA MARÍA ROJAS SAN CRISTÓVAL

Para obtener el Título Profesional de  
Licenciada en Psicología

Asesor

Mg. Segundo Julio Silva Cruz  
Orcid.org/0000-0002-0053-1659

Lima – Perú

2021

Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

PATRICIA MARÍA ROJAS SAN CRISTÓVAL

---

Mg. Segundo Julio Silva Cruz, Asesor

---

Dr. Ysis Judith Roa Meggo, Miembro

---

Dr. Lisle Sobrino Chunga, Miembro

---

Nombre(s) y Apellidos, Miembro

---

Dr. Lisle Sobrino Chunga  
Decano  
Facultad de Psicología y Humanidades



## RESUMEN

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes de la población, aquejando más a mujeres que a varones. La ansiedad puede darse como consecuencia de factores diversos, ya sea biológicos, psicosociales, traumáticos o psicodinámicos. El presente trabajo de investigación muestra el estudio de un caso clínico, de una joven de 22 años, cuyo diagnóstico es de trastorno generalizado de ansiedad y el tratamiento cognitivo conductual ofrecido de forma remota vía online y telefónica, tras la intensificación de síntomas ansiosos, a causa del aislamiento social decretado por el Gobierno del Perú, debido a la emergencia sanitaria por la propagación del COVID – 19 en el Perú y el mundo. Probando la viabilidad y resultados de la adecuada la asistencia psicológica en situaciones de crisis, por medio del abordaje terapéutico a distancia.

**Palabras clave:** Ansiedad, aislamiento social, tratamiento remoto

## ABSTRACT

Anxiety disorders are the most common mental disorders in the population, affecting women more than men. Anxiety can occur as a result of several factors, whether biological, psychosocial, traumatic or psychodynamic. This research presents the study of a clinical case of a 22-year-old girl, whose diagnosis is General Anxiety Disorder and the cognitive behavioral treatment offered remotely online and by phone, after the intensification of anxious symptoms, caused by of the social isolation decreed by the Government of Peru, during the health emergency due to the spread of COVID - 19 worldwide. Testing the viability and results of adequate psychological assistance in crisis situations, using the remote therapeutic approach.

**Keywords:** Anxiety, social isolation, remote treatment

## AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro Padre, por hacernos y enseñarnos que a pesar de las dificultades o las patologías podemos llegar a ser la mejor obra de su creación.

A mis padres, por traerme a este mundo, amarme, cuidarme y enseñarme a ponerme metas y trabajar duro para conseguirlas, su ejemplo me ayuda a servir a los demás y esforzarme para que logren su bienestar.

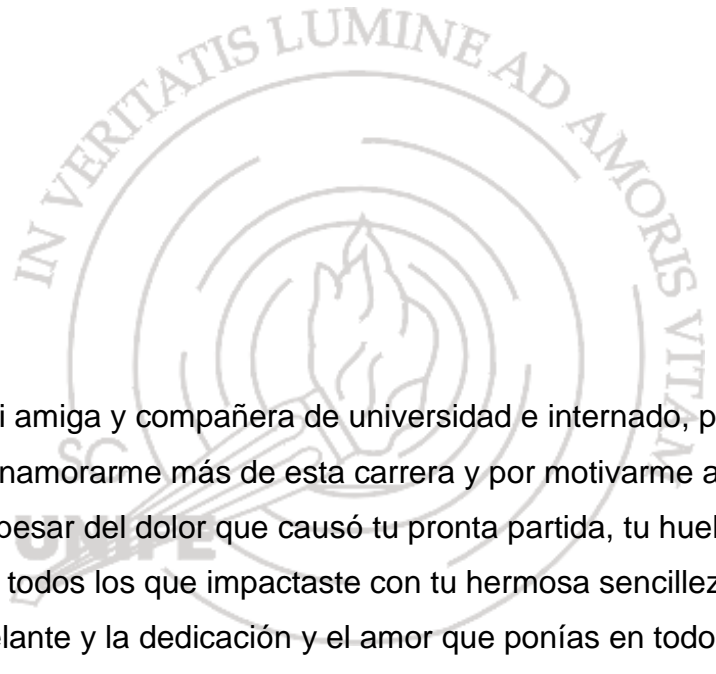
A mis hermanas, quienes aun estando lejos no han dejado de apoyarme y validarme.

A mis hijos, por quienes estudié esta carrera maravillosa, ustedes hacen que mi mundo sea único y gratamente feliz.

A mis compañeras de la vida, Patty, Ericka, Anita, Mañu, Sharon, Sarita, Rox, Lili y Abu con quienes río, lloro, me caigo, me levanto y corro por acompañarme y creer en mí.

Finalmente, debo agradecer a "Vilma", mi evaluada, por creer en el poder transformador de la terapia, que solo se hizo posible gracias a su confianza y a todos los jóvenes y adolescentes que me han permitido conocerlos y trabajar juntos a favor de su salud.





A Doris, mi amiga y compañera de universidad e internado, por ayudarme a soñar, a enamorarme más de esta carrera y por motivarme a empezar este proyecto. A pesar del dolor que causó tu pronta partida, tu huella seguirá viva en mí y en todos los que impactaste con tu hermosa sencillez, tus ganas de salir adelante y la dedicación y el amor que ponías en todo lo que hacías.

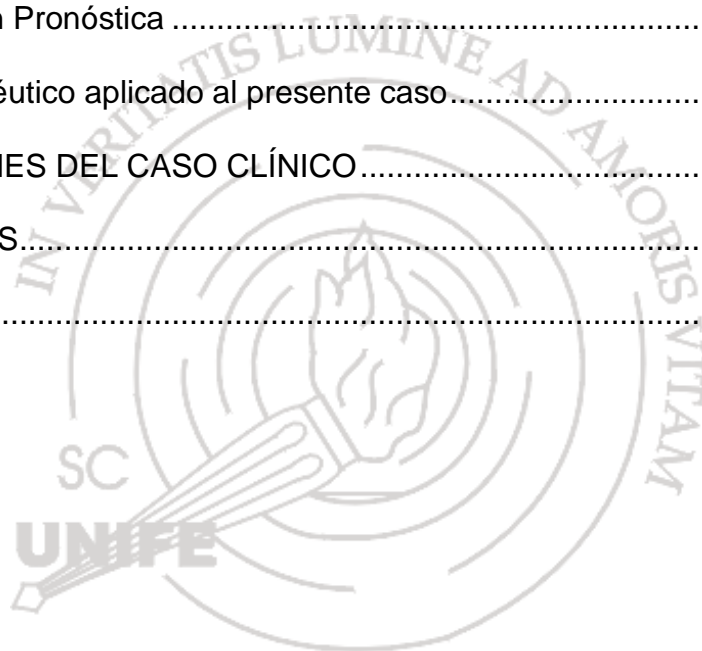
# ÍNDICE

	Página
RESUMEN/ABSTRACT .....	4
AGRADECIMIENTOS .....	5
ÍNDICE .....	7
LISTA DE TABLAS .....	10
LISTA DE FIGURAS .....	11
INTRODUCCIÓN .....	12
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	13
1.1 Aspectos Generales de la Entidad Nosológica .....	13
1.1.1 Factores Desencadenantes.....	14
1.1.1.1 Definición de Ansiedad.....	15
1.1.1.2 Clasificación.....	16
1.2 Aspectos Específicos de la Problemática del Caso .....	17
1.2.1 Criterios Diagnósticos.....	19
1.3 Diagnósticos Diferenciales.....	20
1.4 Modelos Terapéuticos Aplicables al Diagnóstico .....	22
1.4.1 Modelo Terapéutico no farmacológico. ....	23
1.4.1.1 Terapia Cognitivo Conductual.....	24
1.4.1.1.1 Técnicas Conductuales.....	25
1.4.1.1.2 Técnicas Emotivas.....	26
1.4.1.1.3 Técnicas Cognitivas.....	27
1.4.2 Tratamiento Farmacológico.....	27
1.5 Modelos Terapéuticos Adoptados para el Presente Caso .....	30

	Página
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA APLICADA.....	32
2.1 Anamnesis .....	32
2.1.1 Datos de Filiación.....	32
2.1.2 Informantes. ....	32
2.1.3 Antecedentes del Caso. ....	32
2.1.4 Historia Familiar. ....	33
2.1.5 Historia Personal.....	34
2.1.6 Historia Educacional. ....	38
2.1.7 Historia Laboral.....	41
2.1.8 Dinámica Familiar Actual.....	48
2.1.9 Descripción de la Situación Presente.....	49
2.1.10 Examen Mental. ....	50
2.2 Diagnóstico Psicológico .....	54
2.2.1 Materiales.....	55
2.2.2 Informe y Resultados de las Evaluaciones.....	56
2.2.2.1 Test de la Familia de Louis Corman.....	56
2.2.2.2 Inventario de Cociente Emocional (ICE – Bar On). ....	57
2.2.2.3 Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI 2).....	60
2.2.2.4 Test de Frases incompletas de Sacks (MyF). ....	61
2.2.2.5 Test de Dominós. ....	63
2.2.2.6 Test de Retención Visual de Benton. ....	64
2.2.2.7 Test de la figura Humana de Karen Machover.....	65
2.2.2.8 Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9). ....	67
2.2.2.9 Inventario de Ansiedad de Beck.....	67



	Página
2.2.2.10 Escala GAD – 7 (Generalized Anxiety Disorder – 7).....	68
2.2.2.11 Inventario de preocupación de Pensilvania.....	68
2.2.2.12 Escala de Detección de trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM IV de Carroll y Davidson. ....	69
2.2.2.13 Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos IV. ....	69
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS.....</b>	<b>73</b>
3.1 Informe Psicológico Integral.....	73
3.2 Presunción Pronóstica .....	78
3.3 Plan terapéutico aplicado al presente caso.....	79
<b>CONCLUSIONES DEL CASO CLÍNICO.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>APÉNDICE.....</b>	<b>89</b>



## LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Diferencias entre Ansiedad Fisiológica y Ansiedad Patológica .....	14
2. Perfil Clínico de la Ansiedad .....	20
3. Causas Físicas de Síntomas de Ansiedad.....	21
4. Efectos secundarios más frecuentes, principales interacciones y vida media de los Antidepresivos .....	29
5. Rango de dosis de los antidepresivos y frecuencia de la toma.....	30
6. Resultados del Inventario de Coeficiente Emocional (ICE- Bar On) .....	58
7. Resultados del Test Dominós .....	64
8. Resultados Generales de la Escala de Inteligencia de Weshler para Adultos IV .....	70
9. Resultados Específicos de la Escala de Inteligencia de Weshler para Adultos IV .....	70



## LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Intolerancia a la Incertidumbre .....	15
2. Modelo explicativo del TAG.....	18
3. Genograma de la evaluada .....	36



## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una alteración que se da como respuesta adaptativa ante situaciones estresantes, si dicha alteración se mantiene en el tiempo sin estímulos o motivo aparente, pasa a ser patológica. Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes de la población, aquejando más a mujeres que a varones.

El presente trabajo de investigación resume los aspectos generales del TAG, criterios para el diagnóstico y principales técnicas cognitivo-conductuales para su tratamiento, y muestra el estudio de un caso clínico, demostrando la intensificación de síntomas ansiosos, consecuencias psicológicas, capacidad de afronte, de una joven de 22 años de edad y describe el tratamiento brindado de forma virtual a la evaluada. Los nombres de la examinada de sus familiares y otras personas mencionadas por ella, se han alterado para guardar sus identidades y privacidad.

Este estudio se desarrolló en su gran mayoría, durante el aislamiento social decretado por el Gobierno del Perú el quince de marzo del 2020, debido a la emergencia sanitaria por la propagación del COVID – 19 en el Perú y el mundo.

Sin lugar a duda, esta circunstancia única en la historia nos desafía como profesionales de la salud mental no solo a capacitarnos más para brindar una adecuada asistencia psicológica en situaciones de crisis, sino que además nos ofrece la oportunidad de realizar intervenciones de manera remota, vía online, abordaje terapéutico poco usado hasta este momento.

# CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

## 1.1 Aspectos Generales de la Entidad Nosológica

La ansiedad es un estado universal, se da como respuesta natural ante situaciones estresantes, es un mecanismo de adaptación que prepara al ser humano para afrontar circunstancias adversas o desafiantes, y que una vez afrontada, la ansiedad cesa. La ansiedad produce respuestas fisiológicas que son reguladas por el Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Ante una emergencia el hipotálamo estimula la liberación de catecolaminas desde la médula suprarrenal hacia las vías adrenérgicas. Esta estimulación afecta otras estructuras cerebrales como la amígdala, hipocampo y la corteza prefrontal que son las encargadas de regular las emociones como el miedo y la ansiedad (Sanchez, 2011) y afecta además al núcleo encargado de la liberación ácido gamma-aminobutarínico también conocido como neurotransmisor GABA, produciendo la hiperactividad del Sistema Nervioso Central.

Cuando esta ansiedad se prolonga por mucho tiempo sin motivo, pasa a ser una ansiedad patológica y desadaptativa, que produce en la persona que la padece gran malestar y dificultad para desenvolverse adecuadamente.

Las diferencias entre ansiedad fisiológica y ansiedad patológica están descritas en la Tabla 1. (López, 2011)

Tabla 1.

*Diferencias entre Ansiedad Fisiológica y Ansiedad Patológica*

Ansiedad Fisiológica	Ansiedad Patológica
Respuesta a una amenaza real	Respuesta a una amenaza no real ni peligrosa
Activación proporcionada al estímulo	Activación desproporcionada al estímulo
Limitada en el tiempo	Ilimitada
Menor componente orgánico	Mayor componente orgánico
Se da como respuesta adaptativa	Se da como respuesta desadaptativa

Nota: Consideraciones generales (López, 2011, pp.. 466-479)

### 1.1.1 Factores Desencadenantes.

Antiguamente se pensaba que los Trastornos de Ansiedad (TA), eran causados solo por problemas psicológicos, sin embargo, esta afirmación se ha ido corrigiendo a largo de años con el estudio de los mismos, comprobando que hay varios factores desencadenantes.

a. Factores biológicos: Existen pruebas de la hipersensibilidad neurobiológica que desencadena ansiedad frente a ciertos estímulos y que viene determinada por factores genéticos. (Sanchez, 2011).

b. Factores psicosociales: Los problemas interpersonales, académicos, laborales, o de necesidades económicas y sociales, muchas veces juegan un rol importante para el desarrollo de los TA. (Reyes-Ticas, 2011).

c. Factores traumáticos: Afrontar experiencias traumáticas tales como accidentes graves, desastres naturales, violaciones, etc. suelen provocar trastorno de estrés post traumático o estrés agudo, cuya sintomatología está asociada con la ansiedad.

d. Factores Psicodinámicos: La ansiedad es una señal de alarma que se presenta como mecanismo de defensa, presentando síntomas psicósomáticos,

conversivos u obsesivo compulsivos que se manifiestan debido a la intolerancia a la incertidumbre. (Reyes-Ticas, 2011).

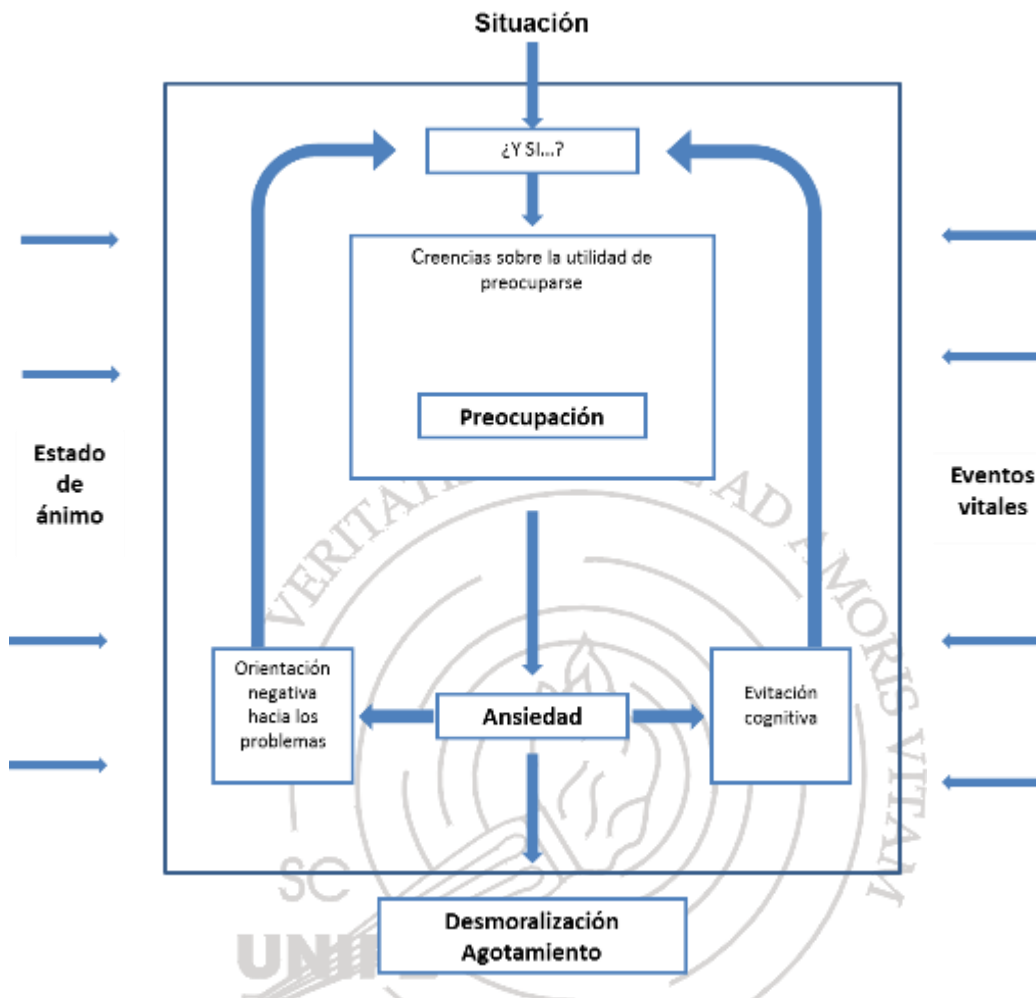


Figura 1. Intolerancia a la Incertidumbre

Modelo explicativo del TAG según Dugas y Robichaud (2017, p. 178).

### 1.1.1.1 Definición de Ansiedad.

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, la palabra ansiedad proviene del latín *anxieta* o *antis*, que refiere al estado de agitación, inquietud o zozobra del estado anímico y a la angustia que suele acompañar a algunas neurosis, que impiden a la persona que lo padece alcanzar sosiego. El término angustia proviene del latín *angustia* que significa angostura o dificultad

que se manifiesta como aflicción, congoja, temor opresivo sin causa aparente, sensación de sofoco o ahogo, dolor o sufrimiento, náuseas, etc. (RAE, 2020).

En la actualidad tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) como la Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud Mental (CIE 10), consideran la ansiedad y la angustia como sinónimas.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se determina por la presencia de síntomas ansiosos reincidentes como consecuencia de pensamientos anticipatorios de catástrofes, provocando cambios conductuales significativos en el individuo, y en muchos de los casos, desencadenando ataques de pánico o crisis ansiosas. (Perez & Nieto, 2002). “La ansiedad se caracteriza, principalmente, por la presencia de la emoción de miedo y comprende un triple sistema de respuesta: un componente subjetivo-cognitivo, uno filosófico-somático y uno motor conductual”. (Valencia, 2019, p. 178)

#### **1.1.1.2 Clasificación.**

De acuerdo al CIE 10, de las veinticinco categorías de trastornos mentales y del comportamiento, ocho corresponden a trastornos de ansiedad, a los que se los designa como “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (Organización Mundial de la Salud, 2016, p. 109). Encontramos al TAG dentro de la clasificación de Trastornos por Ansiedad con el código F41. Se describe la ansiedad como la angustia que no guarda relación con ningún contexto particular y puede presentarse acompañada de síntomas depresivos, fóbicos u obsesivos en menor grado. El TAG propiamente dicho, aparece en el código F41.1, y se describe como “una angustia libre y



flotante”, (Organización Mundial de la Salud, 2016, p. 115) cuyos síntomas variables aparecen sin causa aparente.

En el DSM V, el TAG figura dentro de la misma clasificación con el código 300.02, pero a diferencia del CIE 10, no se incluyen el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos disociativos, ni los traumas relacionados con el trastorno de estrés post traumático como parte de los trastornos del espectro ansioso (American Psychiatric Association, 2014).

## **1.2 Aspectos Específicos de la Problemática del Caso**

El TAG se caracteriza por la presencia de angustia y preocupaciones excesivas y persistentes durante un periodo no menor a los seis meses (American Psychiatric Association, 2014) y aparecen ante cualquier situación, persona o actividad, en un amplio matiz y en diferentes grados. Este estado de preocupación es constante, que no se puede controlar. Ver figura 2.

En el DSM V señala que el 9% de la población mundial tiene el riesgo de padecer TAG. (American Psychiatric Association, 2014). En el Perú, en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, el 26.1% de la población de Lima Metropolitana y el Callao ha sufrido en algún momento de trastornos mentales; de estos, el 2.9% corresponde al TAG con una mayor propensión en las mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

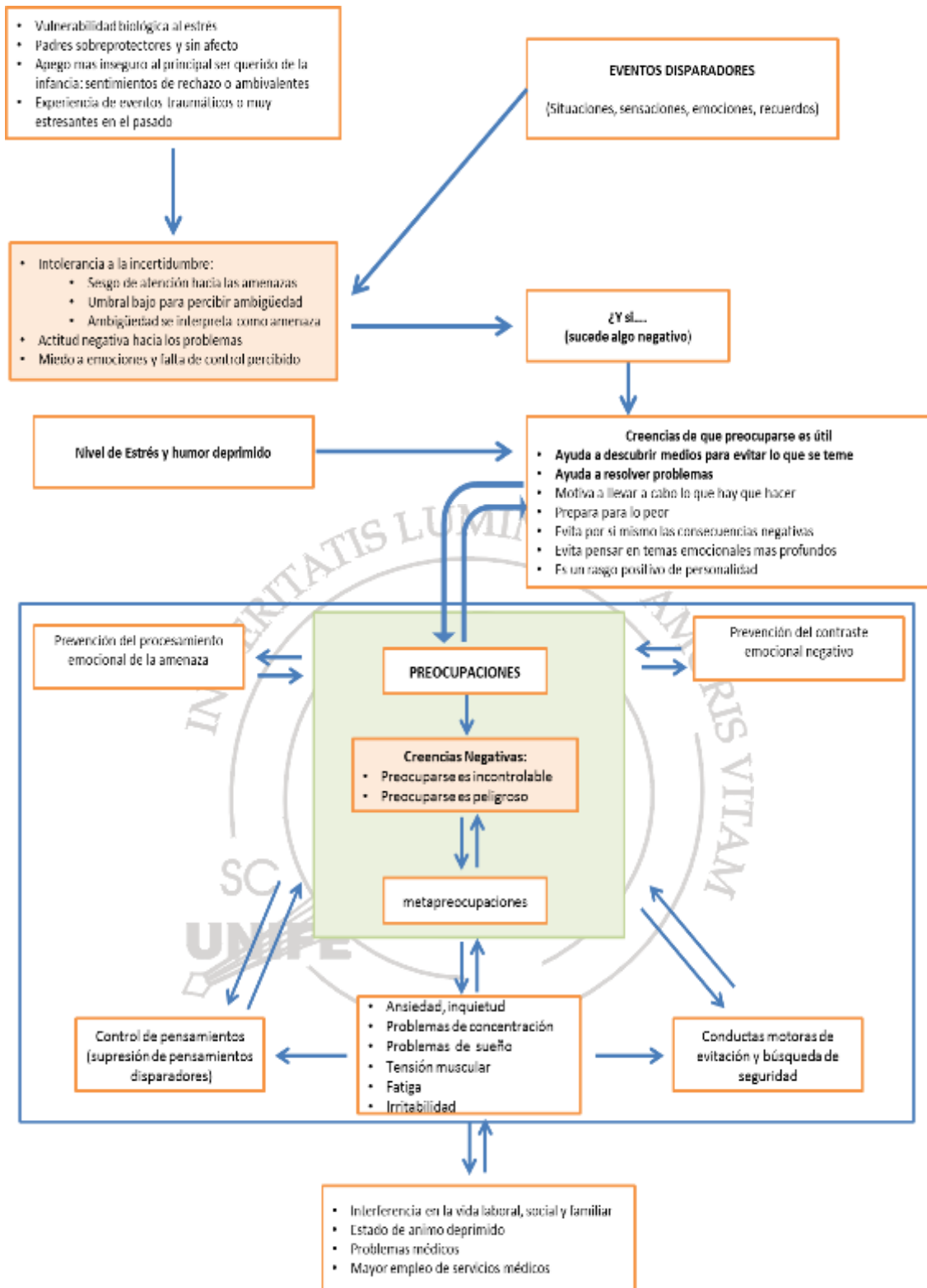


Figura 2. Modelo explicativo del TAG

Fuente: (Bados, 2015, p. 111)

### 1.2.1 Criterios Diagnósticos.

Para diagnosticar a un paciente con TAG este deberá presentar tres de los síntomas siguientes, durante varias semanas consecutivas:

- Impaciencia.
- Facilidad para estar o sentirse fatigado.
- Dificultad para concentrarse o “tener la mente en blanco”.
- Tensión muscular: agitación, dolores de cabeza, temblores, incapacidad para relajarse, etc.
- Alteraciones del sueño, tales como; dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, o la sensación de que el tiempo de descanso no ha sido suficiente ni reparador.
- Exceso de síntomas físicos inconscientes, tales como, mareos o vértigos, sudoración, taquicardia, molestia o sensación de molestia estomacal, sequedad bucal, etc. (American Psychiatric Association, 2014).

Los síntomas antes mencionados provocan gran malestar y dificultan el normal desenvolvimiento del individuo en el área social, laboral o familiar y no están relacionados con algún trastorno físico, psicológico o con el consumo de sustancias. Para una mayor claridad sobre los síntomas del TAG ver la Tabla 2.

Tabla 2.

*Perfil Clínico de la Ansiedad*

	Síntomas	Signos
Sistema Nervioso Central	Tensión, incapacidad de relajarse Dificultad para concentrarse o recordar, pérdida de interés en actividades habituales. Mareo, pesadez. Irritabilidad, intolerancia Disturbios del sueño. Pesadillas, dificultad para conciliar el sueño Temores mal definidos, terror Fatiga, debilidad. Cefalea, coordinación pobre, temblores, parestesias, pilo erección	Expresión facial tensa Conductas repetitivas como: Tics, comerse las uñas o fumar Ininterrumpidamente. Inquietud psicomotriz, irritabilidad Escalofrío fino  Exoftalmos ocasional Manos frías y húmedas
Sistema Cardiovascular	Palpitaciones Presión en el pecho, dolores cardiacos no relacionados al ejercicio Bochornos	Taquicardia inusual Elevación momentánea de la presión sistólica Soplo cardiaco funcional
Sistema Respiratorio	Dificultad para respirar, "Asfixia", Sofocación	Hiperventilación Mayor frecuencia de suspiros
Sistema Gastrointestinal	Incomodidad epigástrica Sensación de llenura, hinchazón abdominal, eructos, acidez Estomacal. Diarrea o estreñimiento Anorexia, atracones	
Sistema Genitourinario	Poliuria o exceso de orina Cese de la menstruación, flujo y cólico menstruales excesivos	

Nota: Principales manifestaciones físicas del TAG (Perales, Zambrano, & Vasquez - Caicedo, 1991, p.190)

### 1.3 Diagnósticos Diferenciales

Para poder dar un diagnóstico de TAG, se debe primero descartar que no haya ningún factor orgánico relacionado con los síntomas de la angustia. Si existiera algún factor orgánico, la ansiedad sería catalogada como Síndrome Orgánico de Angustia, cuyas causas se describen en la Tabla 3.

Tabla 3.

*Causas Físicas de Síntomas de Ansiedad*

<b>Tipo de desorden</b>	<b>Entidad Clínica</b>
Inmunológico	LES, anafilaxis
Metabólico	Hiperadrenalismo, hiperkalemia, hipertiroidismo, hipertermia, hipertermia, hiperventilación, hipocalcemia, hipoglicemia, hipotiroidismo, menopausia, porfiria, acidosis de cualquier causa
Neurológico	Encefalopatías, masas intracraneales, síndrome post-contusión, vertido, migraña, demencia insipiente, bertivulitis, esclerosis múltiple, Huntington, Wilson
Respiratorio	Asma, hipoxia, neumonía, neumotórax, edema pulmonar, embolia pulmonar
Tumores Secretores	Carcinoide, insulinoide, adenoma o carcinoma paratiroideo, tumores pituitarios
Cardiovascular	Angina de pecho, arritmias, hipertensión, hipovolemia, síncope, enfermedad vascular, shock, prolapso de la válvula mitral
Dietéticos	Acatisia, alucinógenos, hipotensores, estimulantes, síndrome de abstinencia, esteroides, algunos antibióticos, toxicidad por alergias
Hematológico	Anemias

Nota: Causas fisiológicas del Síndrome Orgánico de Angustia (Perales, Zambrano, & Vasquez - Caicedo, 1991, pp 180-181)

El diagnóstico del TAG se diferencia de las siguientes patologías psiquiátricas:

- Ansiedad por otros trastornos mentales, como la fobia social que es sentirse mal en lugares públicos; la ansiedad por engordar producida por la anorexia

nerviosa, el temor a la enfermedad o también llamada hipocondría, el trastorno de somatización que es la sensación de tener múltiples síntomas físicos; el temor excesivo por la salud y la vida de los seres queridos o el hecho de estar separado de ellos, que se denomina trastorno de ansiedad por separación (que suele darse durante la niñez).

- Depresión ansiosa o agitada: El TAG, se distingue de la depresión, cuando los síntomas de esta son más prolongados y constantes y los síntomas depresivos ocurren de manera intermitente.

- Trastorno adaptativo con ansiedad: en este existe un factor estresante de perfil psicosocial, no se encuentran todas las expresiones del TAG y su duración es menor a los seis meses.

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: los síntomas de ansiedad se dan producto de la ingesta de psicoactivos.

- Ansiedad relacionada al trastorno de estrés post traumático (TEPT), si los síntomas ansiosos solo se dan en el transcurso de este, se diagnostica, únicamente, este último.

- Ansiedad presente en trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos, como la manía irritable o la esquizofrenia, la ansiedad solo aparece en el transcurso de estos. (Reyes-Ticas, 2011)

#### **1.4 Modelos Terapéuticos Aplicables al Diagnóstico**

Cuando hablamos de modelos terapéuticos aplicados al tratamiento del TAG se debe tomar en cuenta que es de larga duración y que los principales objetivos terapéuticos son: en primer lugar, aplacar los síntomas, de modo que el paciente pueda manejarlos, teniendo en cuenta que es posible que estos no

desaparezcan por completo. En segundo lugar, prevenir recaídas e impedir las secuelas.

Se deberá mantener abierta la posibilidad de posible medicación si la sintomatología no disminuye. “Cuando el paciente presenta sus síntomas en relación a estresores psicosociales, el tratamiento no farmacológico puede ser satisfactorio y debe ensayarse primero. Si existen síntomas persistentes o severos considerar la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas”. (Reyes-Ticas, 2011, pp. 51-52).

... por lo que respecta a la preferencia del tratamiento, el metaanálisis de McHug et al. (2013) puso de manifiesto que el 75% de los pacientes con trastorno de ansiedad o depresión prefieren el tratamiento psicológico al farmacéutico. Esta preferencia fue más marcada en jóvenes y en mujeres, y algo menor en pacientes con depresión (69%) o en pacientes que buscaban tratamiento (70%). (Bados, 2015, p. 52)

#### **1.4.1 Modelo Terapéutico no farmacológico.**

Luego de descartar la existencia de alguna enfermedad física, se debe proceder a establecer el diagnóstico clínico basado en los criterios diagnósticos antes mencionados. Se le debe explicar al paciente plan terapéutico de forma clara y brindarle un pronóstico optimista y tranquilizador.

Este tratamiento no farmacológico deberá tener seis componentes fundamentales para que sea efectivo: (Reyes-Ticas, 2011).

1. Establecer buena relación médico-paciente, donde la persona que recibe el tratamiento se sienta respetado, aceptado y escuchado.
2. Establecer una alianza terapéutica: basada en la seguridad, la comprensión y la validación.
3. Proporcionar psicoeducación que consiste en explicarle al paciente, de forma sencilla y clara, las causas biológicas o psicosociales que han

influenciado en su diagnóstico, y además presentarle el tratamiento detallado recomendado para su caso.

4. Practicar técnicas de relajación muscular y de respiración controlada.
5. Realizar psicoterapia, a fin de fortalecer la capacidad de afronte del paciente, por medio del autoconocimiento y la comprensión de sus reacciones ante las diversas situaciones estresantes, de esta forma se le podrá ayudar a obtener las herramientas necesarias para la resolución de sus problemas.
6. Remisión al especialista en psiquiatría de ser necesario, para la prescripción de tratamiento farmacológico adecuado (Reyes-Ticas, 2011).

#### **1.4.1.1 Terapia Cognitivo Conductual.**

La psicoterapia para el paciente ansioso debe de estar dirigida no solo a la disminución o mitigación de los síntomas, sino abordar las situaciones vividas y los rasgos de su personalidad que influyen en el diagnóstico. “En general las estrategias psicoterapéuticas más importantes son combatir la desmoralización, el alentar al paciente a participar en actividades que antes ha evitado y el ayudarlo a aprender nuevas destrezas intrapersonales e interpersonales”. (Perales, Zambrano, & Vasquez - Caicedo, 1991, pp. 181-182).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se basa en la relación entre pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos. Todas estas áreas están interconectadas y ejercen influencia entre sí.

La TCC es una de las ramas de la psicología que ha demostrado tener más eficacia para la cura de la ansiedad y propone una serie de técnicas



cognitivas, conductuales y emotivas, que tienen como objetivo eliminarla. Los estudios sugieren que los pacientes con TAG prefieren la TCC porque no presenta los efectos secundarios de la farmacoterapia. (NICE, 2011).

Las principales técnicas de la TCC para el tratamiento del TAG son:

#### *1.4.1.1.1 Técnicas Conductuales.*

Las técnicas conductuales buscan conseguir los cambios que le permiten al paciente darse cuenta de la validez de sus propios pensamientos y de su propia capacidad de experimentar situaciones nuevas que creía que no podía o no era capaz de realizar. “Estas técnicas permiten al paciente iniciar acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sentimientos de bienestar” (Ruiz & Díaz, 2012, p. 384). Entre las principales técnicas conductuales utilizadas para el tratamiento del TAG encontramos:

- a. Programación de actividades: el objetivo primordial es que el paciente se perciba capaz para organizar y controlar su tiempo e introducir actividades placenteras a su rutina diaria. De esta forma se eliminan los pensamientos de incompetencia e insatisfacción.
- b. Técnicas de afrontamiento: como el control de estímulos que interfieren en la conducta, por ejemplo: si hay dificultades para conciliar el sueño se deberá de dejar de tomar café, dejar de realizar actividades estimulantes, etc. antes de dormir e introducir a la rutina previa al descanso ejercicios de relajación muscular o respiración controlada para lograr descansar de forma adecuada.

- c. Relajación aplicada: Como se ha mencionado antes, la respiración controlada, las técnicas de hiperventilación y los ejercicios de relajación muscular favorecen al adecuado afronte de la ansiedad.
- d. Exposición conductual o graduada: Se expone al paciente imaginariamente a las situaciones temidas, se utiliza esta técnica para lograr la desensibilización sistemática en la imaginación, de esas situaciones temidas o evitadas, abordándolas de menor a mayor grado de dificultad.

#### 1.4.1.1.2 Técnicas Emotivas.

Estas técnicas son explicadas y aprendidas por los pacientes durante las sesiones para ser aplicadas por el paciente cuando en su quehacer diario sienta que debe tener control de emociones desbordadas o perciba algún síntoma propio de la ansiedad. Entre las más frecuentes para el tratamiento del TAG están:

- a. Distracción externa: se da por medio de la estimulación de los sentidos, como leer, ver televisión, hablar por teléfono, salir a caminar, cantar, etc. debe mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar.
- b. Hablar de forma limitada de los sentimientos negativos, con las personas que le rodean, evita que el malestar se mantenga y se intensifique.
- c. Evitar verbalizaciones internas y externas catastróficas: como el “no puedo...”, “me es imposible...”, “nunca podré...” etc. y sustituirlas por otras que le fortalezcan y le permitan desarrollar su tolerancia a la frustración, el estrés y el dolor.

#### 1.4.1.1.3 Técnicas Cognitivas.

Según Beck (citado por Ruiz & Díaz, 2012) quien formuló y desarrolló la terapia cognitiva conductual, las técnicas cognitivas se utilizan para que el paciente identifique, cuestione y cambie los pensamientos negativos. Las técnicas cognitivas más utilizadas para el tratamiento del TAG están:

- a. Psicoeducación: que consiste en enseñarle de forma clara y precisa al paciente y a su familia en que consiste el TAG, sus características y como puede afrontarlo.
- b. Auto registros: se utilizan para recoger información sobre el estado emocional del paciente, y poder identificar bajo cuáles circunstancias, y frente a qué personas o lugares aparece o se incrementa el malestar, y cuáles son los pensamientos predominantes en cada caso.
- c. Descubrimiento guiado: esta técnica tiene como objetivo lograr que el paciente tenga nuevas perspectivas que le permitan cuestionar sus pensamientos distorsionados producto de la intolerancia a la incertidumbre, para ello se debe cuestionar si las preocupaciones son incontrolables o peligrosas o inútiles.
- d. Técnicas basadas en la imaginación: son fundamentales dentro de la TCC, “hay un porcentaje importante de personas a las que les resulta mucho más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar” (Ruiz & Díaz, 2012, p. 390). Entre las principales técnicas basadas en la imaginación se encuentran la parada de imágenes, la repetición continuada, la exposición en la imaginación a los peores miedos.

#### 1.4.2 Tratamiento Farmacológico.

Los pacientes con TAG requieren psicoterapia sola o combinada con medicación. El uso de fármacos es tal vez una de las formas más usadas para el tratamiento, sobre todo para los casos de mayor severidad.

Entre los principales o más usados fármacos tenemos los antidepresivos: los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), y las benzodiceptinas, pregabalina, la buspirona, la hidroxicina, y la quetiapina (Bados, 2015).

En 2011 el Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y Atención del Reino Unido (NICE) (National Institute Health and Excellence) recomienda que el tratamiento farmacológico se aplique a pacientes que no hayan respondido adecuadamente a la terapia psicológica, a menos que el mismo paciente lo decida, es decir que prioriza el tratamiento psicoterapéutico, esto debido a los efectos secundarios que pueden repercutir en la salud de estas personas, a largo plazo.

Dentro de los antidepresivos (ISRS, IRSN), la duloxetina es el medicamento más eficaz, pero produce mayor cantidad de abandonos; la sertralina, en cambio, es el segundo más eficaz, pero tiene mejores resultados tomando en cuenta el costo y la eficacia (NICE, 2011). Ver Tabla 4 y 5.

Tabla 4

*Efectos secundarios más frecuentes, principales interacciones y vida media de los Antidepresivos*

Antidepresivo	Efectos secundarios más frecuentes	Principales interacciones	Vida media aproximada
<b>ISRS</b>			
Todos los ISRS	Gastrointestinales: náuseas, vómitos, dolor abdominal, dispepsia, estreñimiento, diarrea SNC: cefalea, mareo, inquietud, ansiedad, insomnio y temblores Disfunción sexual. Hiponatremia. Riesgo de hemorragia	Evitar en personas que toman AINE, aspirina o warfarina. Riesgo de síndrome serotoninérgico, con otros fármacos serotoninérgicos (ej. tramadol, triptófano) o dopaminérgicos (ej. selegilina)	
Citalopram	Prolongación del intervalo QT y/o arritmias ventriculares	Las comunes a todos los ISRS	33 h. Metabólicos activos débiles
Escitalopram	Prolongación del intervalo QT y/o arritmias ventriculares	Las comunes a todos los ISRS	30 h. Metabólicos activos débiles
Paroxetina	Mayor incidencia en la sudoración, sedación y disfunción sexual así como de síntomas de discontinuación que otros ISRS. Probabilidad de efectos anti-bruscalínicos	Es uno de los ISRS con una mayor propensión a interacciones medicamentosas. Potente inhibidor de CYP2D6 Menor riesgo de interacciones en personas con enfermedad crónica	24 h. Cinética no lineal
Sertralina	Las comunes a todos los ISRS. Bien tolerado		26 h. Metabólico débil
<b>ISRSN</b>			
Venlafaxina	Náuseas, insomnio, sequedad bucal, somnolencia, mareos, estreñimiento, sudoración nerviosismo, astenia. Suelen ser dosis-dependientes y transitorios. Alta incidencia en síntomas de discontinuación. Riesgo de hemorragia. Hipertensión, palpitaciones y vasodilatación	Evitar en personas que toman AINE, aspirina o warfarina. Riesgo de síndrome serotoninérgico, con otros fármacos serotoninérgicos (ej. tramadol, triptófano) o dopaminérgicos (ej. selegilina)	50 h. Metabólico Activo (O-desmetilvenlafaxina)
Duloxcetina	Náuseas, insomnio, sequedad bucal, somnolencia, mareos, estreñimiento y anorexia Riesgo de hemorragia. Aumento de la glucemia en ayunas Aumento de la tensión arterial	Evitar en personas que toman AINE, aspirina o warfarina. Riesgo de síndrome serotoninérgico, con otros fármacos serotoninérgicos (ej. tramadol, triptófano) o dopaminérgicos (ej. selegilina) Evitar uso concomitante de ciprofloxacino	12 h. Metabólico inactivo

Nota: Tratamiento de 3 a 6 meses como mínimo (García Herera, Hurtado Lara, EV, & JM., 2015, p. 66)

Tabla 5

*Rango de dosis de los antidepresivos y frecuencia de la toma*

Antidepresivo	Dosis diaria	Frecuencia
<b>ISRS</b>		
Citalopram	20 – 60 mg	Una vez /día
Escitalopram	10 – 20 mg	Una vez /día
Fluoxetina	20 – 60 mg	
Paroxetina	20 – 50 mg	Una vez /día
Sertralina	50 – 200 mg	Una vez /día
<b>ISRSN</b>		
Venlafaxina	75 - 375 mg	Varias veces /día cada 24 horas/retard
Duloxetina	60 mg	Una vez /día Una o 2 veces /día
<b>ADT</b>		
Imipramina	50 - 200 mg	Varias veces /día
Clomipramina	100 - 150 mg hasta 250 mg	Varias veces /día

Nota: Ficha técnica de la AEMPS, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (García Herera, Hurtado Lara, EV, & JM., 2015, p. 65).

### **1.5 Modelos Terapéuticos Adoptados para el Presente Caso**

La TCC es la más eficaz para el tratamiento del TAG, ya que le permitirá a la paciente darse cuenta de las situaciones cotidianas que le producen bienestar o que le generan ansiedad, así podrá tomar conciencia, en primer lugar, de sus conductas desadaptativas, para luego modificarlas. (Granados Gamez, 2011).

Se aplicaron técnicas conductuales, de afrontamiento, emotivas y cognitivas, descritas en el capítulo 3 del presente estudio. Algunas de estas

técnicas fueron aplicadas por Borkovec en 1999, quien combinó las técnicas cognitivas con la relajación aplicada con excelentes resultados (Bados, 2015).

El abordaje terapéutico para este caso fue realizado de manera remota, por el aislamiento social, causado por la pandemia del COVID – 19. Encontramos que la asistencia remota vía internet para pacientes con TAG se ha realizado anteriormente, según las fuentes consultadas hasta en cuatro ocasiones:

...dos de ellas con TCC metacognitiva (Tivot et al., 2009; Robinson et al., 2011) y dos con TCC tradicional (Paxling et al., 2011; Anderson et al., 2012) ... El porcentaje de pacientes mejorados y recuperados también ha sido más alto en la TCC por internet que en la lista de espera... Los resultados se han mantenido en seguimientos hasta tres años de duración. El porcentaje de abandonos ha sido del 20%. Finalmente, no ha habido diferencias entre la TCC y la psicoterapia dinámica por internet (Andersson et al., 2012), (Bados, 2015, p. 50)

Dichas sesiones virtuales no duran más de ciento treinta minutos, y la labor del terapeuta es guiar y motivar al paciente para que aplique las técnicas de TCC y hacerle seguimiento a su evolución por medio de llamadas telefónicas o video conferencias. (Bados, 2015).

Debido a la información recabada en la presente investigación, sobre los efectos secundarios de la medicación aplicada en casos de TAG, y la imposibilidad de la evaluada de mantener un tratamiento farmacológico, se ha preferido aplicar solo psicoterapia, por un periodo no mayor a seis meses, pasados los cuales, si persisten los síntomas, se recurriría al psiquiatra para el inicio de tratamiento medicamentoso.



## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA APLICADA**

### **2.1 Anamnesis**

#### **2.1.1 Datos de Filiación.**

Nombres: Vilma.

Sexo: Femenino.

Edad: 22 años.

Fecha de Nacimiento: diciembre de 1997.

Lugar: Lima, Perú.

Tiempo de Residencia en Lima: 22 años.

Religión: Cristiana Evangélica.

Instrucción: Universitaria incompleta, XI ciclo.

Centro de Instrucción: Universidad Privada.

Profesión: Derecho.

Ocupación: Estudiante.

Estado Civil: Soltera.

Residencia: La Molina.

Situación Socioeconómica: Sector B.

#### **2.1.2 Informantes.**

Este estudio se hizo con la completa participación de Vilma, la examinada y la colaboración de su madre y su actual pareja, enamorado.

#### **2.1.3 Antecedentes del Caso.**

Antes de iniciar la cuarentena Vilma muestra intranquilidad, falta de regulación emocional y problemas para el manejo del estrés y la frustración, mostrando conductas irracionales, labilidad emocional y agitación extrema.



Desde el inicio de la cuarentena estos síntomas se intensificaron debido al distanciamiento social con su pareja y la imposibilidad de realizar actividades sociales frecuentes, generando insomnio, y un mayor desbalance emocional. Por tales motivos sostenemos que la evaluada presenta de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) F 41.1.

#### **2.1.4 Historia Familiar.**

Vilma, es una joven de 22 años de edad. Es la primera hija de la unión de sus padres y la cuarta hija para su papá. Ambos padres contrajeron matrimonio años después del nacimiento de su hermana menor, ya que el padre aún no estaba legalmente divorciado.

Durante su gestación y la infancia vivió en varias casas y se cambió varias veces de colegio debido a problemas familiares y económicos de sus padres.

A la edad de 9 años, sus padres forman parte de una iglesia evangélica, y pasan a ser parte activa de ella hasta la actualidad, pese a ello, los problemas familiares como la violencia verbal y física continúan hasta algunos años después.

Durante la adolescencia Vilma se mantiene estable hasta que en la adolescencia tiene su primera relación sexual, la relación termina prontamente y empiezan los primeros síntomas ansiosos.

Con el ingreso a la universidad, se enfoca en destacar académicamente logrando obtener una media beca académica. Nuevamente se involucra emocional y sexualmente con una pareja, la relación genera diversos conflictos en su familia y en la iglesia, y termina al mismo tiempo que empieza con ingesta de alcohol y consumo de marihuana ocasionales. A los pocos meses

comienza una nueva relación de pareja como “amiga con derechos” con su actual enamorado por tres años, desde el año pasado empiezan nuevamente los síntomas ansiosos y se han intensificado.

#### **2.1.5 Historia Personal.**

Vilma proviene de una familia cristiana evangélica practicante. Han vivido y crecido en la ciudad de Lima. Ella refiere no tener nexos con culturas de provincia o del exterior.

En cuanto al padre y su relación con él: describe: “Mi papá es un hombre esforzado y amoroso. Trabaja muy duro para que no nos falte nada, y suele renegar mucho por el cansancio. Se frustra cuando las cosas no salen como él espera, pero por lo demás es una persona muy objetiva. Es muy hogareño y familiar. Nuestra relación es muy buena, la pasamos bien conversando y tenemos casi el mismo tipo de humor”.

Con respecto a la relación que tiene con su mamá dice: “mi mamá es una mujer muy cariñosa y dedicada a Dios, su familia y su labor con los niños”. Su madre realiza actividades dentro de la escuela dominical de su iglesia, y hace cuentos para niños. “Su estilo de crianza y trato con todos ha variado bastante con el tiempo. Últimamente, trata de que todos en la familia siempre expresen lo que sienten, y me suele dar confianza y espacio. Mi relación con ella es buena, aunque no compartamos puntos de vista o humor, lo que suele dificultar la conversación. Tiene el carácter un poco explosivo, pero últimamente ha disminuido”.

La evaluada tiene una hermana de padre y madre y tres hermanos por parte de padre en dos relaciones que este tuvo antes de establecerse al lado de su mamá y actual esposa. Cuando se le pregunta por la relación que tiene

con sus hermanos empieza por hablar de sus medios hermanos. “Con Keila, mi relación con ella no es muy cercana, trabajamos un tiempo en el mismo lugar, pero no tuvimos mayor acercamiento. No tiene trato con mi papá, por ende, tampoco conmigo, nos saludamos en cumpleaños. Resalto que no nos llevamos mal, simplemente no tenemos trato”. “Con Lalo, nos llevamos muy bien, no tenemos mucha confianza ni hablamos con regularidad, pero sí conversamos y la pasamos bien cuando nos visita”. Durante las tres últimas semanas a la cuarentena este hermano se muda por primera vez con ellos, y según cuenta, se intensifica la relación, así como las actividades familiares. Luego habla de Ana, su hermana menor: “Nuestra relación es muy cercana, vivimos juntas, la pasamos bien y nos tenemos mucha confianza. Probablemente es la persona a la que más confianza le tengo, para cualquier cosa. Nos llevamos muy bien, naturalmente a veces discutimos, pero la relación es muy buena”. En esta oportunidad no menciona a Cora su tercera media hermana.

Con respecto a otros familiares, no conoció a sus abuelos, cuenta que tuvo una mayor relación con Rita, la mamá de su mamá. “Es con quién mantuve mayor relación. Fue una mujer inteligente, esforzada y dedicada a su trabajo. La admiro mucho. Siempre reconocía mis logros”. De niña a los cuatro o cinco años, también tuvo relación con su abuela paterna, “Nos llevábamos bien, ella estaba enferma mentalmente y yo era la única que pasaba horas de horas en su cuarto riéndome con ella. Me solía regalar chocolates”. “Mi mamá tiene 5 hermanos, su relación con ellos es buena, pero con muchos problemas. Sin embargo, me llevo bien con todos. No tenemos relación con la familia de mi papá”.

Con respecto a los fallecimientos de sus abuelas y tía por parte de madre, describe “El fallecimiento de mi abuela recuerdo que me apenó, pero estaba muy chiquita, así que no me afectó. No participe del velatorio ni del funeral”. “El fallecimiento de mi tía Rosa lo viví un poco más de cerca porque era muy cercana a nosotros y salía mucho conmigo, además yo iba en el auto acompañando a mi mamá a visitarla al Hospital, pero nunca entré, siempre esperaba en el auto. Sin embargo, como era muy chiquita, me apenó, pero no me afectó mucho. No participé del velatorio ni del funeral”. Su abuela materna falleció en diciembre del 2019, al respecto menciona: “El fallecimiento de mi abuela Rita ha sido reciente. No la fui a ver en su último periodo, igual era casi imposible. Lo he tomado con mucha tranquilidad porque me parece que ha sido lo mejor para ella, venía buen tiempo prácticamente inconsciente de lo que sucedía a su alrededor y sufriendo. Participé tanto del velatorio como del funeral”. Para ilustrar mejor el ámbito familiar de la evaluada se realizó un genograma que se presenta en la figura 3.

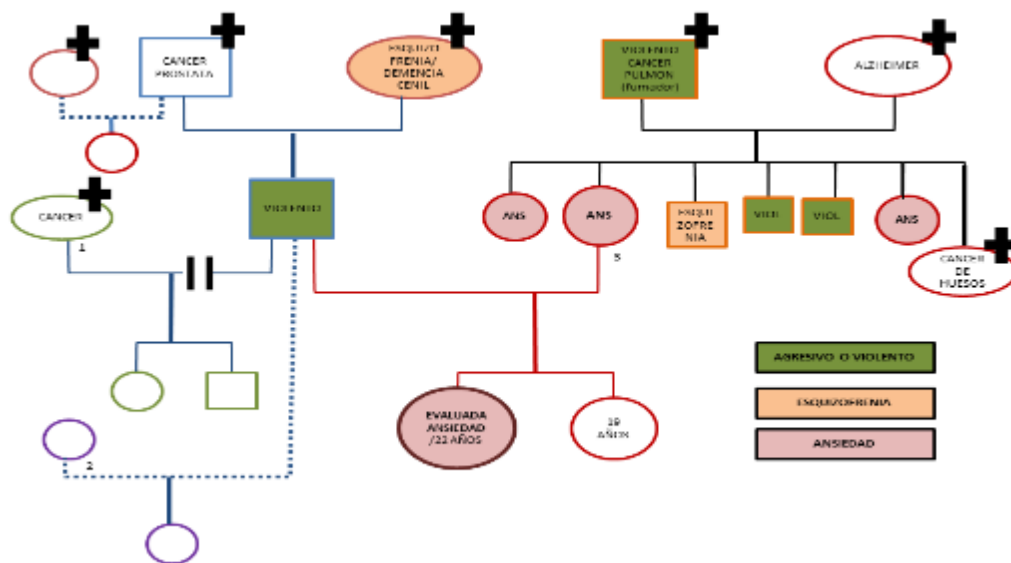


Figura 3 Genograma de la evaluada

Cuando se le pregunta por personas que sean cercanas o influyentes para la familia, la evaluada menciona que para su familia ha sido muy importante la relación con los pastores Mirco y Mayra, que desde pequeña se les contaban los asuntos y problemas de la familia. Para Vilma esto no fue bueno pues sentía que se invadía su privacidad y dice: “nadie se debía meter en mis cosas”, describe que esas cosas han cambiado: “en este periodo no se permite un involucramiento mayor al regular y sano, contrariamente a lo que se permitió en mi adolescencia. Ellos (los pastores) se preocupan por nosotros y nos aconsejan, tienen una relación amical con mis papás. En mi caso, yo converso con el Pastor Mirco cada cierto tiempo, y me da algunos consejos, siempre buenos”.

En cuanto al ámbito económico, actualmente debido a que no tiene trabajo, y al aislamiento social, sus responsabilidades dentro de la casa son apoyar en la limpieza. Se ve a sí misma como un ejemplo para su hermana menor, en lo académico. Refiere que cuando ha trabajado ha aportado, tenía la media beca y pagaba la universidad, y cuando perdió la beca, pagaba parcialmente la cuota, o daba dinero para comida, gas, las clases de inglés de su hermana, etc. “En la medida de lo posible, yo me solventaba todos mis pasajes y mis comidas”. Continúa: “con mi mamá solíamos tener muchos problemas, porque no le gustaba aceptar cuando había aportado en casa con dinero. Es complicado, nunca he entendido bien qué es lo que quiere de mí en ese sentido. Se molestaba cuando mencionaba que había aportado y se molestaba cuando me rehusaba a pagar algo”. “Realmente, el mensaje que a mi parecer me transmitía era el siguiente: Siempre tienes que aportar, pero nunca debes mencionar que aportas para algo que no sea tu universidad (lo

que sí hacía, porque la plata que daba no siempre se destinaba a la universidad). No puedo dar una respuesta fija de cuál es la postura de mi mamá con relación a mi aporte económico, creo que ya cambió, pero realmente no tengo idea”.

#### **2.1.6 Historia Educativa.**

Inicia su etapa escolar a los dos años y tres meses de edad en centro de educación inicial particular, hasta cumplir los 3 años, dice “no recuerdo absolutamente nada de ese periodo”. Luego por temas económicos pasa a un nido particular, donde hace el pre kínder y el kínder, describe “me di cuenta de que tenía problemas para comprender al 100% con cualquiera porque me hastiaba muy rápido y eso generaba discusiones, parece chistoso, pero realmente solo tengo recuerdos de mí pensando en qué no soportaba a A o B persona”. Con respecto a su rendimiento menciona: “Según lo que recuerdo, mis notas siempre fueron buenas (A y AD), hacía todo lo que me pedían y rendía bien. De todas formas, no sé si puede existir un mal rendimiento en inicial, me parece que no. La educación primaria la inicia el centro educativo, donde realiza su primer grado. Segundo y tercer grado lo lleva a cabo en otro colegio particular, “el primer y único colegio cristiano en el que he estado”. El mes de marzo de su cuarto grado lo realiza nuevamente en el colegio donde curso el primer grado, pero en abril es trasladada a un colegio estatal, hasta julio de ese año; menciona que “es el único colegio nacional en el que he estado, fue horrible. Odié a la gente, odié a los profesores, odié el colegio en sí mismo. Un montón de personas acomplexadas y una falta de higiene terrible”, en agosto la pasan a otro colegio particular, donde termina el cuarto grado y estudia ahí hasta la mitad del tercero de secundaria, agosto de ese año sus

padres la cambian nuevamente de colegio a otro particular, cercano a su casa, donde termina sus estudios básicos. Con respecto al rendimiento escolar menciona que obtuvo buenas notas hasta tercero de primaria, “a partir de cuarto vinieron en caída (con los cambios de colegio), pero nunca notas de fin de año desaprobadas”. En secundaria sus notas estaban según refiere “entre buenas y malas”, “a partir de 3ro de secundaria mantuve un promedio aceptable y un buen orden de mérito, pero ello no tenía que ver con un mejor rendimiento mío, sino con el mal rendimiento de las otras personas de mi salón”.

Paralelo a sus estudios secundarios y universitarios estudió inglés en “Centro de Idiomas Católica”, cuyo rendimiento fue bueno, pero en el nivel de Avanzado disminuyó, “no era malo, pero en los últimos tres ciclos no me sentía a la par que los compañeros con mayor nivel y yo solía ser de los que tenían mayor nivel”.

Durante la etapa universitaria se ha mantenido entre el quinto a décimo superior, sin embargo, describe, en el último año mis notas han disminuido, pero no he desaprobado ningún curso”. Ha ganado un par de competencias en simulaciones de audiencias y ha participado en varias actividades extracurriculares (principalmente con el centro de estudios del que formaba parte, CEU). Describe que su vida universitaria fue activa y gratificante hasta el 2017, “en el 2018 en caída”, considera como fracaso la disminución de sus notas y el no formar parte de los diez primeros puestos en el último periodo. “De todas formas, no sé si puede llamarse un fracaso porque realmente no me esforcé ni competí para lograrlo y fallé, simplemente se dio por irresponsabilidad y dejadez mía”, “no haber ganado todas las competencias en



las que he participado, pero me parece algo bastante normal, son competencias de muchas personas y cada una me sirvió para mejorar habilidades para las siguientes”.

En cuanto a la relación con sus profesores, menciona que en general ha sido buena, con algunas excepciones muy particulares, “en la mayoría resalto en clase y nos llevamos bien, realmente, el último periodo (1 año aprox.) es el único donde he tenido tantos profesores que sean indiferentes conmigo... esto es porque no he estado participando, pero tampoco he tenido notas bajas, la relación ha sido nula, no me conocen ni por lo bueno ni por lo malo”.

Con respecto a sus compañeros dice no tener ningún grupo fijo en la universidad con excepción de las personas que participan junto con ella del CEU, que veía todos los sábados y se convirtieron en su círculo más cercano. “Nunca he programado mi horario de clases con ningún amigo, siempre lo preparaba según lo que se me acomode a mí y conversaba con quien me tope en los salones. Esto sucede porque me hastió de algunas personas, de hecho, hay oportunidades en el mismo ciclo que necesito sentarme sola un par de días sin escuchar a la misma gente, para que todo fluya con normalidad. Pese a ello, siempre he tenido amigos y gente para conversar, salir, tomar y pasar el rato en la facultad”, en referencia a sus actividades dentro de la universidad, ha participado en simulaciones de audiencia y modelos de Naciones Unidas, y ha organizado eventos y conferencias con el centro de estudios. “En las simulaciones de audiencia o bien he ganado o bien he quedado entre los semifinalistas, en los Modelos de Naciones Unidas gané en una oportunidad el primer lugar (el formato se asimilaba bastante a una simulación de audiencia) y en los eventos y conferencias realizados con el CEU he liderado en tres



oportunidades equipos de trabajo”. Sin embargo, describe que no ha tenido un grupo fijo y constante de amigos, con excepción de las personas del CEU, pero siempre ha tenido amigos cerca, “el problema es que me hastió rápido y soy bien dejada para cultivar amistades, entonces dejé de hablar con mucha gente que me hubiera podido integrar”. A inicios del 2019 se salió del CEU porque tuvo una relación con el ex de una amiga que pasó a liderar el CEU “para mí iba ser una situación bien incómoda, por lo que decidí dar un paso al costado”.

### **2.1.7 Historia Laboral.**

La examinada refiere haber tenido diversos trabajos desde los 17 años, que participó de una feria de panetones en el Mercado de Productores de Santa Anita como vendedora por un periodo de un mes “No se me presentaron dificultades, me acostumbré rápido al ritmo, era de 9 am a 8 pm”. A los 18 años, practicó sin remuneración en un Estudio de Abogados por dos meses, “me llevaba muy bien con mi jefe y mi compañero, así como con las otras personas de la oficina, sin embargo, no lo disfrutaba mucho porque involucraba salir demasiado a presentar documentos y estábamos en pleno verano, además los casos que veíamos tampoco se me hicieron muy interesantes en ese momento”. Luego fue asistente administrativa con remuneración en una empresa contable, por un periodo de 9 meses, luego trabajó como Practicante Legal en un ministerio público por 8 meses. Menciona: “el trabajo no era muy exigente así que, principalmente, hacía vida social”. Finalmente trabajó como Practicante Legal remunerada por el Estudio de abogados por un periodo de un año y ocho meses, “desarrollé muchísimas habilidades y perfeccione varias capacidades: En general, mis análisis son más finos, manejo muy bien los momentos de estrés laboral y puedo solucionar problemas en el trabajo con

tranquilidad, además en los últimos meses aprendí a evadir los asuntos laborales de mi mente, cuando no me permitían concentrarme en clase o casa... sin embargo, en cierto punto me cansé de vivir constantemente bajo tanta presión y estrés, por lo que terminé renunciando antes de disminuir la calidad de mis trabajos de la universidad o mi concentración. El trabajo me absorbía mucho, iba domingos y feriados. Me consumía mucho y deje de disfrutar lo que hacía". "Tuve seis jefes directos y me llevaba bien con todos...me tenían mucha confianza y me asignan varias responsabilidades". Menciona que su desempeño laboral fue óptimo "trataba de cumplir de la mejor manera posible y con la mejor disposición". En cuanto al clima laboral lo describe como "demasiado sofocante". "Mi área y mi equipo de trabajo dentro de esa área, tenía más carga que el promedio, lo que empeoraba las cosas". Luego de su renuncia se mantuvo sin buscar trabajo para descansar y trabajar en ella, es en ese periodo que empezó sesiones psicológicas que dan lugar al presente estudio. Sin embargo, menciona en varias ocasiones "espero conseguir uno este año".

### ***Salud y Alimentación***

Con respecto al cuidado personal, menciona que todos en su casa tienen buena salud. "sufro de buena salud en general", sin embargo, menciona que el año pasado ella tuvo problemas de gastritis "por mala alimentación. Me internaron en dos oportunidades en la clínica a raíz de ello, en la segunda oportunidad el motivo incluyó una intoxicación por alcohol. También mencionó que a su hermana menor a veces le dan episodios de asma.

"No he tenido accidentes fuertes, me caí contra el piso a los 7-8 años y me di contra la barbilla, tuve una pequeña herida de 3 puntos, me hizo un

esguince en el pulgar, por el que tuve que usar yeso. No recuerdo ningún aspecto emocional relevante”.

En lo que concierne a la alimentación pierde el apetito cuando se siente muy “estresada”, a pesar de saber que es importante, reconoce no darle la atención adecuada. “En mi familia se come bien en general, un aspecto relevante y tal vez distinto a otras familias es que en las cenas se puede comer igual o más que en el almuerzo”. “Evito el pollo, el choclo, la beterraga, los higos y las aceitunas, tampoco como muchas frutas, solo cuando es necesario”.

### ***Hábitos de Sueño***

Vilma describe que, de niña y adolescente, sus padres eran estrictos con la hora de mandarla a dormir, con excepción de los compromisos sociales: cuando debía acompañarlos a reuniones sociales o estas eran en su casa, dormía mucho más tarde. Indica que antes de la pandemia, fue bastante irregular en la hora de irse a dormir debido que la mayor parte del tiempo ha estudiado y trabajado, por lo que las noches solían ser para hacer trabajos o salir con mis amigos. “Luego de dejar el trabajo y entrar a vacaciones, mantuve ese ritmo (sin cuidar mis horas de sueño), pero de todas formas mejoró un poco mi sueño porque no tenía responsabilidades, entonces igual dormía más temprano o despertaba más tarde”.

Durante la cuarentena las horas del sueño han sido reducidas a causa de los síntomas ansiosos, peleas con su enamorado y la dificultad para conciliar el sueño. Manifiesta que le da temor ir a dormir y que el enamorado se contacte con alguien más por las redes sociales. Acordó con el enamorado en

que ambos se desconectarían de redes sociales máximo a la medianoche, cumpliéndose de forma parcial.

### ***Hábitos y Costumbres***

La evaluada recalca que son una familia cristiana y que los tiempos familiares son importantes, “hay que atender cuando mis papás quieren tener tiempos de devocional juntos”, a pesar de que en su casa no se fuma, ni se toma alcohol, Vilma refiere que ella si lo hace fuera de su casa con frecuencia los fines de semana.

“Los domingos todos almorzamos juntos. Por lo demás, cada uno maneja su propio horario. En cuarentena, muchas más comidas son en familia. Todos deben apoyar y la casa debe estar impecable así no vaya a visitarnos nadie, es muy importante”. “El entorno social de mi familia se concentra en la iglesia. Las costumbres que tienen son las de toda familia cristiana, como hacer el devocional por lo menos una vez a la semana y almorzar juntos todos los domingos”.

### ***Aspecto comunicacional***

Refiere que mucha de su comunicación es por WhatsApp, lo revisa constantemente, pero lo apaga o deja de lado durante las sesiones. Dice pasar más tiempo en esa red social con Dante, su actual pareja, o con su grupo de la universidad. “En mis estados (redes sociales) subo puros memes y extractos de conversaciones graciosas que tengo, pero están compartidos únicamente con mis amigos”. Dice: “reviso mi celular siempre, aunque no me quedo pegada mucho rato en una misma red social, a excepción de twitter porque no tengo que conversar con nadie por ahí”. Indica que Facebook lo revisa muy poco, “publico cosas de vez en cuando sin ningún patrón en particular: a veces son

videos chistosos, a veces es contenido educativo, a veces fotos mías que me gustan mucho”. Utiliza con más frecuencia Instagram, “converso por ahí, publico fotos y estados de las cosas que hago en general, de las cosas que me pasan y de las cosas que me gustan, pero realmente no ventilo temas personales. Con respecto a Twitter, dice “es mi red social favorita y la que uso más tiempo, no tiene mi nombre en ella, aunque mis amigos sí saben que soy yo. Escribo puras tonterías, cosas que me pasan, memes, puede que incluso entre broma y broma algún tema personal salga. No tengo mucho filtro, por lo que cada cierto tiempo reviso el perfil y borro algunas cosas. Dentro de todo, es la mecánica de Twitter. Me gusta también porque hay mucho debate y las noticias llegan demasiado rápido. Es muy útil”. Reconoce que las redes sociales le sirven como escape, “son lo que uso cuando estoy bajoneada porque no hay nada más que hacer. Se podría decir que son mi actividad por default”.

### ***Hobbies y Disfrute***

Durante la infancia recuerda jugar y organizar la casa de la Barbie, y ver series de televisión. Durante la primaria participaba de las actuaciones del colegio bailando, actividad que se mantuvo durante la secundaria, al igual que leer novelas.

En el transcurso de su etapa universitaria, creció su gusto por la lectura y empieza a leer sobre filosofía y política, liberalismo, menciona que le gusta ver obras de teatro y óperas.

“Mis papás en general han apoyado mis hobbies, siempre y cuando no intervengan en las responsabilidades que ellos consideran importantes: Dios y la limpieza de la casa”.

“En general, nunca he practicado deportes de manera constante. Cuando tenía 12 años aproximadamente, mi mamá solía llevarme a jugar básquet durante vacaciones. Luego, a los 17 estuve un par de meses en equitación, lo disfruté bastante. He estado un par de meses en el gimnasio a los 20 años, pero no iba constantemente y en mis últimas semanas solo iba a clases de baile”. Para divertirse le gusta salir con amigas y con su enamorado, a bailar y tomar, menciona que ha probado varias veces con la marihuana, pero no quiere tomar otras drogas por miedo a “pegarse” a ellas.

### ***Aspecto Psicosexual***

La evaluada relata que de pequeña a los 6 años aproximadamente, sufrió abuso sexual por parte de su tío, el hermano de su mamá, no se acuerda bien, dice: “es una persona enferma, mi tío tiene problemas mentales”. Esta información fue corroborada, el tío tiene esquizofrenia. Su primera relación sexual se da a los 15 años de edad con un chico que conoció en la iglesia, esto le ocasionó problemas con sus padres y los pastores, el chico se separó de ella; a partir de entonces ella empezó a tener algunos síntomas como respiración agitada, llanto descontrolado, dolores de cabeza, llamadas recurrentes e insistentes tratando de regresar con él. Al poco tiempo ingresó a la universidad y comienza otra relación sentimental con un chico mayor que ella, también de la iglesia, generando nuevamente conflictos familiares y en la iglesia. Se veían de forma clandestina y se intensificó la frecuencia de la actividad sexual hasta que debido a la presión familiar y social se separaron. Ella se dedicó a destacar en los estudios y laboralmente, no mantuvo relaciones sexuales frecuentes hasta que comenzó a salir con su actual pareja, “éramos ‘amigos con derechos’, solo teníamos relaciones sexuales, él seguía

con su ex y yo lo sabía, luego cuando terminó con ella, él estuvo con varias chicas, pero nunca se alejó de mí, me llamaba y nos veíamos”, todos sus encuentros eran de tipo sexual. Los síntomas ansiosos empezaron con más fuerza: taquicardias, perdidas de apetito y sueño, debido a las dudas sobre si la relación sería formal en algún momento, se acrecentó la angustia. Empezó a salir más a fiestas y reuniones donde consumía alcohol y drogas. Cuenta que el enamorado le dijo: “prueba todo y mira con que te quedas”, esto antes de entender las consecuencias para la vida y la salud de la evaluada. Este estilo de relación duró tres años, en enero de este año decidieron ser “enamorados formales”, ella lo anunció a sus padres, pero esto no aminoró los síntomas, puesto que seguía con dudas de la fidelidad e intenciones del enamorado, acrecentándose las peleas de celos. Iniciada la cuarentena empezó a realizar llamadas y video-llamadas sexuales, las peleas acrecentaron al igual que los síntomas ansiosos como el insomnio y tensión muscular, agitación y conductas irracionales, inclusive llegó a arañarse debido a la angustia por una pelea de celos y por no poderlo ir a ver. Menciona: “no puedo separarme de él si terminamos, igual seguiría viéndolo para tirar, en eso nos va muy bien”, “si está con otra no importa, ya hemos estado así antes”, no creo que Dante me saque la vuelta porque yo le doy todo lo que le quiere, lo único que me preocupa es que si él tiene ganas de tener sexo y no estoy con él, puede ir a buscar a alguien más”. “me desespera no saber si esto (las video llamadas) solo las hace conmigo, pero ¿porque las haría con otra, si yo trato de estar siempre para él?”.



### **2.1.8 Dinámica Familiar Actual.**

La examinada vive con ambos padres y su hermana menor. Su padre tiene dos compromisos anteriores con los que tiene dos y una hija respectivamente. La madre de Vilma es ama de casa, trabajó por periodos como vendedora, escribió un libro de cuentos para niños y se ha desarrollado como auxiliar de educación inicial de forma irregular.

El padre es vendedor de autos desde hace muchos años, estudió psicología, pero no se graduó, y ha sido el principal proveedor de la familia. Su hermana menor estudia odontología (primeros ciclos) e inglés.

Se denominan una familia cristiana evangélica practicante, todos los miembros de la familia participan activamente de las actividades de su iglesia ubicada en La Molina. La familia Vilma, ha sufrido por varios años de problemas familiares, muchos de ellos ocasionados por los celos y la impulsividad de la madre y la escasez económica y la falta de participación del padre debido a sus largas jornadas de trabajo, Vilma refiere: “mis padres eran un desastre, todo los días peleaban” sin embargo ahora se mantienen juntos y con una relación de pareja más estable “creo que cuando yo empecé a tener problemas ellos dejaron de pelear, se tenían que poner de acuerdo para tratar conmigo”.

La madre de Vilma refiere estar preocupada por la relación de pareja de su hija y atribuye a esa relación los problemas de ansiedad de la hija, alude que el enamorado no le conviene porque “tiene un pasado” y no es cristiano, también menciona que le gustaría que su esposo fuera más firme con su hija, “él la deja ser y eso me desespera”. Con respecto a la pandemia refiere “en este tiempo de crisis, le pedimos a Dios nos dé sabiduría, sanidad, para seguir



adelante”. A pesar de la aparente mejora en las relaciones familiares, parece seguir siendo emocionalmente inestable y con escasos niveles de comunicación con la evaluada.

### **2.1.9 Descripción de la Situación Presente.**

#### ***Situación Educativa***

Esta pronta a culminar la carrera de Derecho en una universidad privada, en la especialidad de competencia y regulación. Vilma describe: “no me siento muy a gusto con la carrera, siento que he perdido pasión por ella y las ramas que me llaman la atención me interesan solo por el impacto que tienen en la sociedad, no su estudio o ejercicio por sí mismas. Me parece que puede haber una excepción con los asuntos de asesoría política/gubernamental, pero ello no está estrictamente relacionado al Derecho”. Desea terminar su tesis, titularse y trabajar en un lugar que le guste, a largo plazo desearía hacer una maestría en derecho económico.

#### ***Situación Laboral***

En este momento Vilma se encuentra sin trabajo, desea conseguir prácticas preprofesionales en el ámbito de derecho de la competencia, regulatorio o inversión, pues según dice: “es un escenario ideal para lograr la asesoría política/gubernamental”. También desea formar parte del equipo de voluntarios de su universidad por el momento y conseguir prácticas preprofesionales culminando la cuarentena.

#### ***Situación Familiar***

Vilma describe a su familia nuclear de la siguiente manera: “mi familia se compone por mi papá, mi mamá y mi hermana menor Ana. Todos vivimos juntos y tenemos una mascota que se llama Mona, que también forma parte de

la familia. Adicionalmente, tengo tres medios hermanos, de parte de mi papá”. Con respecto a la relación con sus padres describe: “mi relación con mis papás es buena, en términos generales, pero a raíz de sus caracteres y el mío, usualmente tenemos discusiones, principalmente con mi mamá. Sin embargo, hoy por hoy, pese a las discusiones igual nos llevamos bien y hay confianza”.

Dice llevarse mejor con su hermana Ana: “es muy buena, somos amigas y nos ayudamos en varias cosas. No estamos todo el tiempo juntas, pero solemos tener tiempo de calidad entre semana”, “mi relación con mis medios hermanos suele variar, según a quién veamos con mayor frecuencia”. Durante las tres últimas semanas de cuarentena su hermano mayor se mudó a su casa, dice llevarse bien con él, sin embargo, de los tres con quién más cercanía tiene es con Cora.

### ***Relaciones Interpersonales y Afectivas en la Actualidad***

La examinada describe a su familia como “bastante amorosa y atenta conmigo, no siento que tenga algún tipo de carencia en ese sentido”. Con respecto a su vida amorosa, describe que mantiene una relación con un chico llamado Dante, en la que “también se me transmite mucho afecto”. Ella dice “pese a la existencia de afecto en ambos casos, existen discusiones constantes”. Dice tener muchos amigos con los que me llevo muy bien. “Mis amigos cercanos se han reducido bastante conforme he ido avanzando en la universidad, pero me parece algo natural. Realmente, me gustaría variar un poco de amistades y conocer más personas”.

#### **2.1.10 Examen Mental.**

Fechas de Evaluación: 14, 19, 25 de febrero y 06 de marzo de 2020.

### ***Actitud, Porte y Comportamiento***

a. Apariencia general y actividad psicomotora: Aparenta su edad cronológica, es de tez trigueña, cabellos castaño-oscuros ondulados y largos, ojos negros, contextura delgada (45 - 50 kg. aproximadamente) estatura mediana (1.60 cm. aproximadamente). Su aspecto es aseado, en cuanto a su arreglo personal utiliza las uñas largas y pintadas, no se maquilla el rostro y lleva el cabello suelto y sin adornos, no utiliza reloj ni pulseras, pero sí usa aretes.

b. Actitud hacia el entrevistador: Denota confianza frente a la entrevistadora desde el inicio de entrevista, su mirada está atenta, su tono de voz es variable de acuerdo con las preguntas, las cuales respondió con claridad; por lo general mostró buena predisposición.

c. Temas principales, molestias y manera de manifestarlas: Manifiesta temor de separarse de la pareja, angustia e intranquilidad que la pareja le sea fiel, deseos de aminorar los síntomas ansiosos tales como: taquicardias, hiperventilación, hormigueo en la piel, tensión muscular, irritabilidad, insomnios esporádicos, etc.

### ***Conciencia***

a. Conciencia y atención: Presenta adecuada atención, responde las preguntas formuladas, con respuestas detalladas y extensas. Apaga su celular al empezar las entrevistas. Se encuentra lúcida, responde las preguntas en forma coherente, percibe y discrimina estímulos del exterior.

b. Orientación en tiempo, lugar y persona: Se orienta adecuadamente en tiempo reconociendo la hora en que se realizó la entrevista, reconoce el día de la semana, mes y año, en el que estamos, reconoce el espacio donde se

encuentra, identifica la calle, nombre del lugar, así mismo, responde a la fecha de nacimiento, nombres y apellidos, edad, por lo que concluimos que la evaluada no presenta alteración alguna en este aspecto.

### ***Curso del Lenguaje***

a. Velocidad y productividad: Vilma utiliza un amplio vocabulario, contrastado con lenguaje coloquial (jergas) y soez (lisuras). Su lenguaje es coherente y comprensivo. Se aprecia variabilidad en la fluidez de rápida a calmada al referirse a su relación sentimental, el timbre de voz que emplea es normal, aunque se perciben inflexiones de voz al referirse a su relación sentimental, sus padres y sus hábitos y costumbres.

b. Relación entre el curso y los temas u objetivo, distraibilidad: No se distrae y sigue el hilo de la conversación, responde adecuadamente a las preguntas.

c. Anormalidades en la estructura intrínseca del lenguaje: Ninguna.

### ***Estado de Ánimo y Afecto***

a. Estado de ánimo dominante: Muestra cambios bruscos en su estado de ánimo pasando de la extraversión al aplanamiento emocional. Presenta problemas emocionales que han repercutido en su comportamiento. Manifiesta reclamos y críticas hacia su madre y temor exagerado a la pérdida del afecto de la pareja. Manifiesta sentirse bien compañía de su enamorado, y saliendo con amigos donde consume licor y drogas.

b. Relación entre el estado de ánimo y contenido: Incoherente, en varias oportunidades se sonríe al referirse a sus síntomas, o a problemas con la pareja.

### ***Pensamiento***

- a. Contenido: Sus respuestas guardan relación con las preguntas.
- b. Temas de preocupación: Manifiesta temor de perder a su actual pareja y desea aminorar los síntomas que tiene producto de la ansiedad.
- c. Actitudes dominantes: inquietud y malestar general.

### ***Percepción***

Discrimina y reconoce la calidad y cualidad de todos los estímulos. Sin embargo, en lo que respecta a su pareja se observa distorsión.

### ***Alteraciones en los Ritmos Vitales***

No observados durante las entrevistas. Sin embargo, son descritos por Vilma como “crisis” o “me puse locón” al referirse, a las taquicardias, hiperventilación, hormigueo en la piel, tensión muscular, etc.

### ***Memoria y Capacidad Intelectual***

- a. Memoria:

Memoria remota: Evoca adecuadamente y narra episodios de su vida, describiendo su malestar en sus experiencias asociadas en relación a sus padres y parejas sentimentales.

Memoria reciente: Adecuada, ya que recuerda con precisión lo vivido recientemente.

Memoria inmediata: Recuerda hechos o sucesos ocurridos durante las últimas horas con claridad, no presentando anomalía alguna.

- b. Cálculo: Adecuado, posee buen nivel de razonamiento abstracto y pensamiento analítico.

c. Información General: en general la calidad de los resultados obtenidos a través de exploración nos permite estimar una categoría mental promedio superior.

d. Operaciones intelectuales: Avanzadas, actualmente cursa el décimo ciclo en la universidad.

### ***Comprensión y Grado de la Enfermedad***

Es consciente de sus síntomas y reconoce su falta de control sobre ellos. Se muestra agradecida por la ayuda psicológica, reconoce que la necesita, está dispuesta a ser evaluada y a seguir las pautas terapéuticas.

### ***Resumen***

La evaluada aparenta la edad cronológica que refiere, es de tez clara, cabellos ondulados, ojos negros de contextura delgada, estatura promedio, presenta adecuado arreglo y aseo personal, su expresión facial denota confianza frente a la entrevistadora, se muestra colaboradora frente a preguntas, tiene un lenguaje coherente, con variabilidad en la fluidez tonos de voz, utilizando lenguaje coloquial y lisuras. Se muestra con buena predisposición durante la entrevista. Así mismo, se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, su memoria se encuentra conservada, su percepción es adecuada, el pensamiento es claro. Posee un estado de ánimo fluctuante presentando impulsividad e irritabilidad y un mal empleo de su funcionamiento intelectual para la toma de decisiones y resolución de conflictos.

## **2.2 Diagnóstico Psicológico**

Antes de iniciar la cuarentena Vilma muestra intranquilidad, falta de regulación emocional y problemas para el manejo del estrés y la frustración,

mostrando conductas irracionales, como llamar más de 50 veces a su enamorado en un día hasta que le conteste, muestra labilidad emocional, sensación de tensión o nerviosismo. Además, manifiesta incapacidad para relajarse, dolores de cabeza, taquicardia y molestias epigástricas. Desde el inicio de la cuarentena estos síntomas se intensificaron, debido al distanciamiento social con su pareja y la imposibilidad de realizar actividades sociales frecuentes, generando insomnio constante, y un mayor desbalance emocional, imposibilitando una adecuada adaptación a la vida familiar durante la cuarentena.

Por lo antes expuesto podemos inferir que la examinada presenta de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) F 41.1.

### **2.2.1 Materiales.**

Para la evaluación de Vilma se utilizaron las siguientes pruebas:

1. Test de la familia de Louis Corman.
2. Inventario de Cociente Emocional Ice Baron.
3. Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota-2 (MMPI-2).
4. Test de las frases incompletas de Sacks.
5. Test de Dominós.
6. Test de retención visual de Benton.
7. Test de la figura humana de Karen Machover.
8. Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9).
9. Inventario de Ansiedad de Beck.
10. Escala GAD – 7 (Generalized Anxiety Disorder – 7).
11. Inventario de Preocupación de Pensilvania.

12. Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson.

13. Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos IV.

## **2.2.2 Informe y Resultados de las Evaluaciones.**

### **2.2.2.1 Test de la Familia de Louis Corman.**

Fecha de aplicación: 14 de abril del 2020.

Tiempo: 7 minutos.

#### **Objetivo**

Evaluar el estado emocional de la evaluada y conocer la percepción de las relaciones en su entorno próximo: la calidad de los vínculos, la comunicación y la forma en que construye su realidad a partir de sus relaciones familiares.

#### **Observación de la conducta**

Vilma se conectó a la hora acordada, se le observa motivada y tranquila y con buena predisposición hacia la evaluación. Luego de darle las instrucciones menciona que no dibuja bien y pregunta si el dibujo puede ser de cualquier familia. Luego de terminar el dibujo pidió levantarse para conectar su celular, y luego de colocarlo en un soporte me mostró el dibujo y se le realizaron las preguntas.

#### **Interpretación**

Se indica que la familia es afectivamente significativa para la evaluada. La evaluada manifiesta que tiene claro los roles de cada miembro de la familia y su posición dentro de la misma.

Primero se dibujó a ella misma, lo cual es un indicador de egocentrismo y que busca la atención de los demás. Posteriormente dibujó al padre, muy



cerca de ella, lo que indica el grado de cercanía y confianza con él, luego dibujó a la madre. Colocarse ella en medio de sus padres indica su necesidad de protección y afecto, y al mismo tiempo la desunión entre sus padres. Luego realizó el dibujo de los dos hermanos que viven en su casa en este momento. En último lugar hizo el dibujo de su medio hermano mayor Lalo que recientemente fue a vivir a su casa y no ha sido significativo en la vida de la evaluada.

A pesar de que los personajes sonríen, como “posando para una foto”, no cuentan con estabilidad y pudiera ser la manifestación de que la evaluada percibe a su familia como que quiere guardar las apariencias, pero para ella su familia es inestable e insegura. Se refleja de forma marcada la ansiedad.

#### **2.2.2.2 Inventario de Cociente Emocional (ICE – Bar On).**

Fecha de Evaluación: 18-04-2020

#### **Observación de la conducta**

Al inicio de la evaluación la examinada mostró un buen estado de ánimo, y estaba dispuesta a contestar la prueba sin ningún inconveniente, asimismo prosiguió a leer las instrucciones del test para su posterior desarrollo. Al finalizar la prueba, Vilma se mostraba tranquila sin ninguna preocupación.

#### **Objetivo**

Evaluar las aptitudes emocionales como determinantes de la personalidad de la examinada, y determinar las áreas a mejorar para alcanzar el éxito y para mantener una adecuada salud emocional.

#### **Resultados**

Diferencia entre impresiones: Impresión positiva – Impresión negativa = -62. La diferencia es menor a 30 indicando que la prueba es válida. El resultado

del CE total es válido puesto que el porcentaje de omisión que se obtuvo es del 0%. Se obtuvo un índice de inconsistencia menor a 10, indicando que las respuestas son válidas.

Tabla 6

*Resultados del Inventario de Coeficiente Emocional (ICE- Bar On)*

Escalas	Sub Escalas	CE	
	Conocimiento de sí		
	mismo	90	
Componentes Intrapersonal	Asertividad	72	Marcadamente Baja, necesita mejorar
	Autoestima	74	
	Autorrealización	58	
	Independencia	40	
	CERA	62	
	Relaciones		
Componentes Interpersonal	interpersonales	70	Muy baja, necesita mejorar
	Responsabilidad Social	96	
	Empatía	37	
	CEER	71	
	Solución de Problemas	72	
Componentes de Adaptabilidad	Prueba de Realidad	92	Muy baja, necesita mejorar
	Flexibilidad	82	
	CEAD	78	
Componentes de Manejo de Tensión	Tolerancia a la tensión	97	Promedio
	Control de Impulsos	96	
	CEMT	95	
Componentes de Estado de Ánimo General	Optimismo	49	Marcadamente Baja, necesita mejorar
	Felicidad	60	
	CEAG	50	
CE Total		67	Marcadamente Baja, necesita mejorar

## **Interpretación de resultados**

La examinada posee un nivel marcadamente bajo en el manejo del aspecto intrapersonal indicando que tiene dificultades para percatarse y comprender sus propios sentimientos y emociones y de expresarlos sin dañar a los demás. También presenta problemas para aceptarse y respetarse a sí misma con sus aspectos positivos y negativos. Dificultad para auto dirigirse y sentirse segura de sus pensamientos, decisiones y acciones.

Presenta un nivel muy bajo en el componente interpersonal, tiene dificultades para percatarse, comprender y apreciar sentimientos de los demás, establecer y mantener relaciones mutuas satisfactorias con genuina cercanía e intimidad emocional o ser parte cooperativa y constructiva de un grupo social.

Así mismo, en el componente de adaptabilidad se muestran dificultades para identificar, definir y dar soluciones a los problemas, así como baja capacidad para discriminar entre lo subjetivo y lo objetivo. Presenta además conflictos para lograr el ajuste de sus emociones, pensamientos y conductas en situaciones o condiciones cambiantes.

En cuanto al manejo del estrés, la evaluada muestra habilidades para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones, además de ser capaz de resistir o postergar impulsos o tentaciones, si lo desea.

Con respecto al estado de ánimo general, manifiesta que no está satisfecha con su vida, ni disfruta de sí misma ni del trato con los demás, le cuesta expresar sentimientos positivos y mantener una actitud positiva frente a la adversidad o sentimientos negativos.

### **2.2.2.3 Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI 2).**

Fecha de evaluación: 21 de abril de 2020.

#### **Observación de la conducta**

Se realizó este test digitalizado en dos sesiones de 30 min cada una. La evaluada se mostró con buena predisposición para la realización del mismo.

#### **Resultados e interpretación**

Escalas de Validez

- Escala L (mentira), el puntaje T obtenido es de 5, lo que se interpreta como conforme con la propia autoimagen.
- Escala F (infrecuencia), obtuvo un puntaje T de 65, lo que implica que la evaluada posee un moderado riesgo de rasgos agresivos, es una persona deprimida, inquieta, inestable, autocrítica, ansiosa y distraída.
- Escala K (corrección) obtuvo 51 en el puntaje T que indica que la evaluada manifiesta cinismo y pobre auto concepto, y se muestra crítica de sí misma y de los demás.

La evaluada obtuvo puntajes muy elevados dentro de las subescalas de Harris Lingoes siguientes:

- Escala D1 (depresión subjetiva) manifiesta sentimientos de infelicidad, nerviosismo y tensión la mayor parte del tiempo, así como, problemas para dormir, poco apetito, baja motivación.
- Escala D3 (difusión física) los resultados muestran que existe una preocupación por su propio funcionamiento físico, dolencias psicosomáticas.
- Escala D4 (enlentecimiento mental) indica que la evaluada presenta problemas para concentrarse, desánimo y poca alegría.

- Escala D5 (cavilación o rumiación), manifiesta sentimientos de infelicidad, inferioridad e inutilidad.
- Escala Hy3 (lasitud o malestar), lo que indica que posee sentimientos de debilidad y cansancio, se siente infeliz y triste y además percibe su hogar como desagradable.
- Escala Pd2 (problemas con la autoridad), la evaluada manifiesta rencor hacia las normas sociales y familiares, tiene sus propias normas y valores.
- Escala Pd5 (auto alienación) indica que no ve su vida diaria como reconfortante o satisfactoria. Posee culpa y arrepentimiento. Tiende a abusar del alcohol.
- Escala Pa2 (hipersensibilidad) Se percibe a sí misma como más tensa o sensible que los demás, posee sentimientos de soledad e incomprensión. Tiende a buscar actividades riesgosas o peligrosas.
- Escala Sc2 (alienación emocional) muestra que la evaluada tiene signos de depresión y desesperación, puede llegar a autolesionarse.
- Escala Sc4 (ausencia del control de yo) muestra la gran dificultad para enfrentar los problemas, y manifiesta la preocupación excesiva. Además, muestra que la evaluada no encuentra satisfactoria su vida diaria y tiene deseos de morir.
- Escala Sc6 (experiencias sensoriales extrañas) presenta gran sensibilidad cutánea y/o contracciones musculares.

#### **2.2.2.4 Test de Frases incompletas de Sacks (MyF).**

Fecha de evaluación: 24 de abril de 2020.

Tiempo: 11 minutos.

## **Observación de la conducta**

Antes de tomar la prueba se le observa motivada y comunicativa, narra lo realizado durante el día y comenta que su medio hermano vendrá a vivir en su casa por primera vez para pasar juntos la cuarentena. Se le ve de buen ánimo. Se le dan instrucciones y empieza.

Durante la elaboración de la prueba se le observa concentrada, se agarra el pelo constantemente, se peina con las manos haciéndose un moño. Mientras escribe se toca la nariz.

## **Interpretación**

Principales áreas de conflicto y de disturbio: La evaluada manifiesta evidencias de conflicto con ambos padres, pero en mayor grado con la madre, así como con las figuras de autoridad en general. Muestra relaciones interpersonales inestables y conflictivas. Manifiesta temores irracionales y baja autoestima.

Interrelación entre las actitudes: Denota baja autoestima, auto concepto ambiguo. Manifiesta inseguridad y culpa.

Estructura de la personalidad:

- Grado en que el sujeto responde a los impulsos internos y estímulos externos: Deficiente, tiende a la evitación.
- Ajuste emocional: Desequilibrio emocional, percibe a su familia como rígida pero amorosa y a la vez inestable.
- Madurez: Ambivalente. Manifiesta adecuada actitud para el trabajo y en relación con los pares y los subordinados, mas no con sus superiores. Así mismo, percibe de forma positiva el futuro, pero muestra indecisión y escasas metas.

- Manera en que los conflictos son expresados: Deficiencia para encarar y externar sus emociones, tiende a conductas evitativas.

#### **2.2.2.5 Test de Dominós.**

Fecha de evaluación: 27 de abril de 2020.

Tiempo 57 minutos.

#### **Objetivo**

Evaluar la medida de inteligencia general (G). Valorar la capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistémico a la solución a nuevos problemas y apreciar las nociones centrales de la inteligencia: abstracción y comprensión de la evaluada.

#### **Observación de la conducta**

Al inicio se le observa concentrada y callada. Durante la ejecución del test: se lleva el lápiz a la boca, balbucea números, se toca los labios, muerde las uñas dos veces, juega con los micrófonos.

A los 35 minutos aproximadamente preguntó si es normal que demore tanto, le dije que no hay límite de tiempo (faltaban 5 preguntas), continuó, se hizo una cola y dijo “no puedo con 2 últimos (40 minutos desde el inicio), dijo: “¿Cuándo termine me puedes decir la respuesta correcta?” Empieza a moverse sobre la silla, pidió ir al baño, regresó y siguió con la prueba hasta que terminó minutos después. Dijo “tengo ganas de llorar”. A la pregunta ¿qué te pareció la prueba? Respondió “estresante”. ¿Cómo te sientes? “estresada pero mejor que ya terminé”, “no quiero saber más de este test”.

Tabla 7

*Resultados del Test Dominós*

Puntaje Directo	Percentil	Eficacia	Rango
43	95	0.89	Superior

La evaluada obtuvo un puntaje total de 43 con un percentil de 95 según la tabla de baremos de su edad. La eficacia es de 0.89 se encuentra dentro de los límites aceptables de lo esperado para el puntaje obtenido.

### **Interpretación**

La inteligencia general (G) de la evaluada corresponde a un nivel superior al promedio, lo que significa que posee la capacidad para aplicar el pensamiento lógico a la solución de nuevos problemas, se adapta con facilidad a ambientes nuevos, tiene una buena capacidad de abstracción, por lo que le resulta fácil darles significados a los símbolos a los que cotidianamente enfrenta. Comprende fácil las relaciones de causa y efecto de los hechos o fenómenos que estudia o analiza.

#### **2.2.2.6 Test de Retención Visual de Benton.**

Fecha de evaluación: 29 de abril de 2020.

Tiempo: 16 minutos.

Forma: E.

Tipo de Administración: A.

### **Objetivo**

Evaluar al examinado en cuanto a su percepción visual, memoria visual y habilidad viso constructiva.



### **Observación de la conducta**

Se le observa aseada y peinada, menciona que durmió bien desde las 12 m. hasta las 7 am. Realizo ejercicios en la elíptica y empezó a leer una nueva novela.

Mientras se le daban instrucciones para la realización de la prueba se puso de pie para tomar un separador, luego se sentó y siguió escuchando. Al empezar la prueba se le observa tranquila, pone atención a lo que hace y sigue las indicaciones dadas, preguntó si podía borrar y utilizó el borrador para la cuarta, novena y décima figura.

### **Resultados**

Al realizar la calificación de las figuras realizadas por SVCG, verificamos que consta de ocho reproducciones correctas y dos reproducciones con error, alcanzado una puntuación de 95-109 en la prueba de retención visual que corresponde a un CI promedio.

### **Interpretación**

De acuerdo con los resultados antes mencionados la evaluada posee una capacidad perceptiva, memoria visual y habilidades viso motoras y viso constructivas promedio y acordes a su edad.

#### **2.2.2.7 Test de la figura Humana de Karen Machover.**

Fecha de evaluación: 08 de mayo de 2020.

Tiempo: 25 minutos aproximadamente.

### **Objetivo**

Evaluar la personalidad de la evaluada y conocer su visión de sí misma, de los demás, su entorno y su relación con el mundo.

## **Observación de la conducta**

La examinada se conectó con un poco de atraso, lleva el cabello suelto y sin arreglar. Se le observa tranquila y con buena predisposición hacia la evaluación. Luego de darle las instrucciones menciona sonriendo “¿otra vez hay que dibujar?”. Inició el dibujo de la mujer, luego del varón. Luego procedió a realizar las historias correspondientes, no realizó ninguna pregunta. Durante la evaluación estuvo concentrada, se acomoda el cabello y coloca el lápiz en la boca varias veces. Al terminar dijo: “¡listo, terminé!” luego de despedirnos terminamos la sesión.

## **Interpretación**

En relación con el medio ambiente manifiesta ser una persona centrada y ubicada en el espacio, y con un adecuado concepto corporal. Está enfocada en el aquí y el ahora y está dispuesta a enfrentar situaciones estresantes.

En cuanto a sus relaciones interpersonales tiende a ser evasiva y cautelosa, se muestra crítica y distante hacia los demás. Manifiesta dependencia emocional por temor al abandono.

Con respecto al ámbito sexual, muestra que fue sexualmente precoz, preocupación por este aspecto y la práctica de masturbación.

En cuanto al concepto que tiene de sí misma, manifiesta ser una persona ambiciosa, insegura, egocéntrica, con rasgos narcisistas compensatorios de una baja autoestima, desea ganar aprobación y afecto de forma inapropiada.

En lo que respecta al área de control de impulsos: muestra falta de control de estos, y ansiedad y agresividad.

### **2.2.2.8 Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9).**

Fecha de evaluación: 18 de mayo de 2020.

#### **Objetivo**

Determinar si la examinada tiene o no depresión, el grado de esta y si requiere medicación.

#### **Observación de la conducta**

Vilma se encuentra en su cuarto, se le observa calmada y poco comunicativa, está sentada sobre su cama, se le indica que realizaremos el test de forma oral, acepta y responde a cada ítem con buena actitud.

#### **Resultados**

Puntaje total: 13 / 27 puntos.

#### **Interpretación**

El test demuestra que Vilma tiene depresión en grado menor, decaimiento y desmotivación. Puesto que realiza con normalidad sus actividades, no requiere medicación.

### **2.2.2.9 Inventario de Ansiedad de Beck.**

Fecha de evaluación: 18 de mayo de 2020.

#### **Objetivo**

Determinar si la evaluada tiene o no ansiedad y el grado respectivo.

#### **Resultados**

Puntaje total: 31/ 63 puntos.

#### **Interpretación**

De acuerdo con esta evaluación, la entrevistada presenta ansiedad en grado moderado.

### **2.2.2.10 Escala GAD – 7 (Generalized Anxiety Disorder – 7).**

Fecha de evaluación: 22 de mayo de 2020.

#### **Objetivo**

Corroborar el diagnóstico de ansiedad moderada que se obtuvo de la interpretación del Inventario de Ansiedad de Beck.

#### **Observación de la conducta**

Vilma manifiesta estar cansada porque ha dormido mal, viste polo y buzo, lleva el cabello amarrado. Conversa de lo aburrida que se siente por seguir en cuarentena y las ganas que tiene de salir y encontrarse con sus amigos y tomar, se le pregunta si desea responder las preguntas de esta evaluación, respondió que sí y respondió las preguntas con buen ánimo.

#### **Resultados**

Puntaje total 8/ 21 puntos.

#### **Interpretación**

De acuerdo a la Escala de Ansiedad GAD – 7 se corrobora el diagnóstico de ansiedad en grado moderado.

### **2.2.2.11 Inventario de preocupación de Pensilvania.**

Fecha de evaluación: 01 de junio de 2020.

#### **Objetivo**

Determinar el grado de ansiedad y estrés de la examinada.

#### **Resultados**

Puntaje total: 57/ 80.

## **Interpretación**

De acuerdo con el resultado obtenido en el Inventario de preocupación de Pensilvania, la evaluada presenta signos de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

### **2.2.2.12 Escala de Detección de trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM IV de Carroll y Davidson.**

Fecha: 01 de junio de 2020.

#### **Objetivo**

Corroborar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada que se obtuvo de la interpretación del Inventario de Preocupación de Pensilvania.

#### **Resultados**

Puntaje total: 9/ 12 puntos.

#### **Interpretación**

De acuerdo con el resultado obtenido se ratifica el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

### **2.2.2.13 Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos IV.**

Fecha de evaluación: 10 de junio de 2020.

#### **Objetivo**

Evaluar el nivel de inteligencia general, comprensión verbal, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento de la evaluada.

Tabla 8

*Resultados Generales de la Escala de Inteligencia de Weshler para Adultos IV*

ESCALA	PRUEBAS	P.D.	P.E.
Comprensión Verbal ICV	Semejanzas	31	18
	Vocabulario	53	19
	Información	8	7
Razonamiento Perceptivo IRP	Cubos	51	11
	Matrices	23	13
	Puzles Visuales	14	9
Memoria de Trabajo IMT	Dígitos	29	11
	Aritmética	16	12
Velocidad de Procesamiento IVP	Búsqueda de Símbolos	30	8
	Clave de números	95	14

Nota: Resultados puntuaciones directas y escalares

Tabla 9

*Resultados Específicos de la Escala de Inteligencia de Weshler para Adultos IV*

ESCALAS	ICV	IRP	IMT	IVP	CIT
Suma de puntajes de escala	44	33	23	22	122
Puntajes ci / índice	128	106	108	105	116
Percentil	97	66	70	63	86
Categoría descriptiva	Superior al promedio	Superior al promedio	Superior al promedio	Promedio	Superior al promedio

Nota: Puntuaciones escalares, compuestas, percentiles y categorías

## **Discrepancia**

El perfil de rendimiento es armónico.

## **Interpretación**

### **Análisis cuantitativo**

La capacidad intelectual total del evaluada corresponde a la categoría de superior al promedio, ubicándose en el percentil 86.

La capacidad de comprensión verbal corresponde a la categoría de superior al promedio, ubicándose en el percentil 97, lo que quiere decir que las funciones de formación de conceptos, razonamiento verbal y conocimiento adquirido en el ambiente de la evaluada son superiores al promedio.

La capacidad de razonamiento perceptual oscila entre las categorías de promedio y sobre el promedio, ubicándose en el percentil 66, es decir, las funciones de razonamiento fluido, procesamiento de información espacial e integración visomotora, procesos de análisis, síntesis y razonamiento no verbal, oscila entre las categorías de promedio y superior al promedio.

La capacidad de memoria de trabajo corresponde a la categoría de sobre el promedio, ubicándose en el percentil 70, lo que significa que las funciones de recibir información, sostenerla en un corto plazo y operar con ella en pro de un objetivo preestablecido, corresponde a la categoría de superior al promedio.

La capacidad de velocidad de procesamiento, corresponde a la categoría de sobre el promedio, ubicándose en el percentil 63, que demuestra que las funciones de responder rápido y correctamente tareas de screening, secuenciación y discriminación visual, automatización de información, procesos

atencionales y coordinación visomotora de la evaluada corresponde a la categoría promedio.

### **Análisis cualitativo**

Se observa que la evaluada posee una categoría de fortaleza en lo que respecta a expresar con sentido las propias ideas y conceptualizar experiencias en términos de definiciones. Así mismo, demuestra una capacidad promedio en lo que respecta al concepto de número, retención visual inmediata, memoria, resolver problemas no verbales mediante un tipo de pensamiento analógico, integración visomotora, pensamiento asociativo, organización viso espacial, asimilar las semejanzas y diferencias de los objetos, nivel de análisis y síntesis a partir de estímulos abstractos, codificar información auditiva verbal, despliegue de funciones ejecutivas complejas, rapidez de ejecución, comprensión, razonamiento no verbal, capacidad de aprendizaje de signos sin sentido, desarrollo y uso de las relaciones de clase, funciones ejecutivas, habilidad psicomotriz, razonamiento cognitivo, resistencia para realizar una tarea rutinaria y rapidez de la ejecución, hechos o ideas, operar con la información, atención y grado de razonamiento aritmético.

En lo que respecta a las funciones de evocación de conocimientos adquiridos, nivel de conocimiento adquirido de su contexto sociocultural, intereses y experiencias, corresponden a la categoría debilidad con relación al desempeño de la propia evaluada.



## CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS

### 3.1 Informe Psicológico Integral

#### Datos de filiación

Nombres y Apellidos: Vilma.

Edad: 22 años.

Fecha de Nacimiento: Diciembre del 1997.

Grado de Instrucción: Superior incompleta XI ciclo (Derecho).

#### Motivo de consulta

Vilma refiere que siente malestar general y gran angustia, que se describe como dolores de cabeza, tensión muscular, taquicardias, hormigueo en los brazos intranquilidad e irritabilidad, debido a que piensa constantemente que su enamorado la puede engañar. Dichos síntomas se intensifican cada vez no están juntos o cuando su pareja no contesta de inmediato el teléfono.

#### Antecedentes

Nació por cesárea, es la primera hija por parte de madre y la cuarta por parte de su padre. A lo largo de su infancia y adolescencia tuvo varios cambios de colegio y de residencia debido a las dificultades económicas de su familia. Toda la familia es evangélica practicante desde que ella cumplió los 6 años. Recuerda que en su infancia eran frecuentes las peleas conyugales pero que estas han disminuido casi por completo. Actualmente vive con ambos padres y su hermana menor y estudia derecho en una universidad privada, pertenece al décimo superior y ha estado becada la mayor parte de su carrera por su desempeño académico.

Refiere que desde los 15 años que terminó con su primer enamorado siente de forma esporádica síntomas ansiosos, pero que los podía manejar distrayéndose con los estudios y/o trabajo. Manifiesta que, eventualmente, consume alcohol de forma indiscriminada, así como marihuana los fines de semana e ingiere pastillas auto recetadas para conciliar el sueño, de forma ocasional. Según indica, desde que empezó a salir con su actual pareja no logra controlar los síntomas y episodios ansiosos casi en lo absoluto, ocasionando peleas entre ellos, problemas con su familia y con la familia del enamorado. Desde que empezó el aislamiento social dichos síntomas se han intensificado originando mayor malestar e insomnio.

#### **Pruebas y/o técnicas aplicadas**

Para la evaluación de Vilma se utilizaron las siguientes pruebas:

1. Test de la familia de Louis Corman.
2. Inventario de Cociente Emocional Ice Baron.
3. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2).
4. Test de las frases incompletas de Sacks.
5. Test de Dominós.
6. Test de retención visual de Benton.
7. Test de la figura humana de Karen Machover.
8. Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9).
9. Inventario de Ansiedad de Beck.
10. Escala GAD – 7 (Generalized Anxiety Disorder – 7).
11. Inventario de Preocupación de Pensilvania.
12. Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson).

### 13. Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos IV.

#### **Observaciones Generales**

##### **Observación Física**

La evaluada es una joven, cuya contextura oscila entre los 45 y 50 kilos de peso y su altura es de 160 cm. aproximadamente, es de tez trigueña, cabello oscuro ondulado; presenta un adecuado arreglo e higiene personal acorde con su edad, sexo y estación. Se le percibe con un buen estado de salud físico, en algunas sesiones se muestra ojerosa y cansada.

##### **Observación Conductual**

La joven asiste puntualmente a las sesiones sin ninguna dificultad, sonríe, saluda, se le aprecia motivada y con buena predisposición para realizar las entrevistas o evaluaciones. Se muestra comunicativa y en algunas oportunidades con lenguaje acelerado. A medida que avanzamos con las evaluaciones pregunta por sus resultados y muestra preocupación por lograr la disminución de los síntomas.

No es constante con la aplicación de técnicas terapéuticas, pero se reta a seguirlas, aunque dice que le cuesta llevarlas a cabo.

#### **Resultados**

##### **Área Intelectual**

La capacidad intelectual total de la evaluada corresponde a la categoría de superior al promedio, encontrándose diferencias poco significativas en las diferentes áreas que describiremos a continuación:

### ***a. Comprensión Verbal***

La capacidad de comprensión verbal corresponde a la categoría de superior al promedio, es decir que no tiene dificultad para expresar conceptos, establecer relaciones, análisis y deducciones de causa-efecto.

### ***b. Razonamiento Perceptivo***

La capacidad de razonamiento perceptual oscila entre las categorías de promedio y sobre el promedio, significa que posee un adecuado desarrollo de la capacidad de observación, discriminación y procesamiento de los estímulos visuales a nivel abstracto, un razonamiento fluido, procesamiento de información espacial e integración visomotora, procesos de análisis, síntesis y razonamiento no verbal.

### ***c. Memoria de Trabajo***

La capacidad de memoria de trabajo corresponde a la categoría de superior al promedio, en cuanto a las funciones de recibir información, sostenerla en un corto plazo y operar con ella en pro de un objetivo preestablecido.

### ***d. Velocidad de Procesamiento***

La capacidad de velocidad de procesamiento, corresponde a la categoría de sobre el promedio, que demuestra que su capacidad para explorar, ordenar o discriminar información visual de forma rápida y eficaz es adecuada, que le permiten un correcto aprendizaje, sin tener dificultades para realizar las tareas, ya que tiene la capacidad para planificar, ordenar y hacer las cosas de manera precisa.

### ***e. Percepción Visomotora***

En dicha capacidad la evaluada demuestra madurez visomotora acorde para su edad, tiene organización, planificación y estabilidad motora, sin embargo, presenta un trazo remarcado e inconstante que son indicadores que se asocian a la inestabilidad emocional y la ansiedad que posee.

### **Área Socioemocional**

Vilma posee un desarrollo socioemocional marcadamente bajo, demuestra tener la capacidad de manejar el estrés y afrontar cambios, pero posee una baja autoestima y bajo nivel de auto conocimiento. Presenta dificultades para establecer relaciones interpersonales estables y sanas y además carece de buen estado de ánimo y optimismo.

### **Área Familiar**

La familia es afectivamente significativa para la evaluada. Demuestra que tiene claro los roles de cada miembro de la familia y su posición dentro de la misma, sin embargo, percibe a su familia como que quiere guardar las apariencias, para ella su familia es inestable e insegura.

### **Presunción Diagnóstica**

La evaluada muestra intranquilidad, falta de regulación emocional. Además, manifiesta incapacidad para relajarse, dolores de cabeza, taquicardia y molestias epigástricas. Dichos síntomas se intensificaron, debido al distanciamiento social con su pareja y la imposibilidad de realizar actividades sociales frecuentes, generando insomnio constante, y un mayor desbalance emocional, imposibilitando una adecuada adaptación a la vida familiar.

Por lo antes expuesto podemos inferir que la examinada presenta de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) F 41.1.

## **Conclusiones**

La evaluada presenta síntomas y signos de ansiedad y depresión que influyen en su concentración y en la toma de decisiones.

Posee una capacidad intelectual superior al promedio, es decir está en la capacidad para lograr una mejor y más eficaz interacción social y competencia laboral e intelectual.

En el área afectiva socioemocional presenta dificultades para controlar sus emociones y establecer relaciones interpersonales saludables y estables, debido a su baja autoestima y falta de valoración, autoconfianza e independencia.

## **RECOMENDACIONES**

Debido al diagnóstico presuntivo de Trastorno Generalizado de Ansiedad se recomienda realizar un abordaje psicoterapéutico que le permita:

- Fomentar el autoconocimiento por medio de la comunicación asertiva.
- Fomentar el desarrollo de su autoestima por medio de la aceptación de sí misma, su realidad actual y su pasado.
- Desarrollar actividades donde pueda comunicarse con otras personas de forma asertiva, sin recurrir a la ingesta de alcohol o drogas.
- Establecer rutinas gratificantes que le permitan disfrutar de cada día.
- Facilitar la toma de decisiones que le permitan establecer objetivos a corto, mediano y largo plazo, que favorezcan el desarrollo de su persona y el logro de su independencia.

### **3.2 Presunción Pronóstica**

Basada en los resultados de las pruebas tomadas y las entrevistas psicológicas, observamos que la evaluada posee las características personales

y la capacidad intelectual para llevar a cabo satisfactoriamente el tratamiento de terapia cognitivo conductual propuesto para su caso. Demuestra deseos de mejora y cambio y manifiesta confianza hacia la terapeuta y al tratamiento, por lo cual la presunción pronóstica se establece como favorable.

### **3.3 Plan terapéutico aplicado al presente caso**

El estudio del presente caso ha tenido una duración de cuatro meses y medio. El primer mes las sesiones fueron presenciales y los siguientes meses la intervención y la evaluación fue de forma remota debido al aislamiento social por el COVID -19. Durante este tiempo se ha establecido una adecuada alianza terapéutica, se evaluó ampliamente y se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales para el abordaje del TAG que aqueja a la examinada. Se ha observado la disminución de los síntomas ansiosos y la modificación de las conductas poco saludables a lo largo de este tiempo.

A continuación, describiré las acciones realizadas mes a mes.

#### **Primer Mes**

Se desarrollaron un total de ocho sesiones desde el 14 de febrero al 13 de marzo del año 2020.

#### **Objetivo**

Establecer una alianza terapéutica, donde la evaluada pueda sentirse confiada, aceptada, validada y segura, tanto de la evaluadora como del tratamiento.

#### **Desarrollo**

Las técnicas utilizadas fueron la escucha activa y el cuestionamiento socrático, fomentando el autoconocimiento a través de la expresión de sus sentimientos y emociones.

## **Logros**

Se logró establecer una adecuada alianza terapéutica que permitió la elaboración del examen mental y el desarrollo de gran parte de la anamnesis.

## **Segundo Mes**

Tuvimos un total de veinte sesiones, comprendidas desde el 16 de marzo al 13 de abril. Las sesiones se dieron de forma inter diaria y remota, utilizando las video llamadas y la plataforma digital zoom, esto se debió a que el 15 de marzo el gobierno peruano decretó el estado de emergencia sanitaria que imponía el confinamiento obligatorio en las casas. A causa de ello la evaluada sufrió la intensificación de los síntomas ansiosos y el principal objetivo durante este mes fue la contención emocional.

## **Objetivo**

Mitigar los síntomas de la ansiedad y brindar soporte emocional.

## **Desarrollo**

Se aplicaron las siguientes técnicas Cognitivo-Conductuales:

- Psico educación: Se le brindó información y orientación a la evaluada, a su familia y a su pareja, que les permitió una mejor comprensión y aceptación de la situación actual.
- Programación de actividades: Se estableció la planificación y control de actividades diarias, la evaluada elaboró un cuadro en Excel donde colocaba las actividades planificadas y realizadas cada día. Se le motivó a realizar actividades gratificantes como parte de la rutina diaria.
- Control de estímulos que interfieren con la conducta: se le sugirió a la evaluada establecer rutinas saludables para conciliar el sueño como dejar de tomar café, gaseosas o dulces después de las 6:00 p.m., no



cenar después de las 8:00 p.m. y procurar que esta ingesta no sea muy pesada. Se motivó a su enamorado a terminar las comunicaciones telefónicas o video llamadas a las 11:00 p.m. como máximo y así ayudarle a establecer un horario de descanso diario.

### **Logros**

Hubo dificultades para establecer rutinas saludables, para el desarrollo de las actividades diarias y para el logro del sueño. Esto se debió a la falta de conciencia de la enfermedad y adhesión al tratamiento por parte de la evaluada y su familia. Sin embargo, se observó la disminución leve de la intensidad de los síntomas, esto le motivó a seguir adelante.

### **Tercer mes**

Comprende desde el 14 de abril hasta el 14 de mayo, se realizaron un total de doce sesiones virtuales, con una frecuencia de 3 ó 2 sesiones semanales.

### **Objetivo**

Controlar los síntomas de la ansiedad y brindar soporte emocional

Evaluar la capacidad emocional e intelectual de Vilma a fin de proporcionar un diagnóstico y determinar la viabilidad del tratamiento.

### **Desarrollo**

Se dieron inicio a las ocho primeras evaluaciones proyectivas y psicométricas para la elaboración del diagnóstico.

Se continúa con las técnicas de psicoeducación, programación de actividades y control de estímulos para reforzar lo avanzado.

Se inicia con las siguientes técnicas cognitivo-conductuales:

- Práctica diaria de la relajación aplicada, es decir, se le enseñan a la evaluada técnica de respiración controlada y relajación muscular para ser practicadas de forma diaria.
- Distracción externa o distracción sensorial: se le pide a la examinada que cada vez que inicie pensamientos o malestares ansiosos se distraiga por medio de la estimulación de los sentidos, como leer, ver televisión, hablar por teléfono, salir a caminar, cantar, etc. y debe mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar.
- Evitar verbalizaciones internas y externas catastróficas: como el “no puedo...”, “me es imposible...”, “nunca podré...” etc. y se le pide sustituirlas por otras que le ayuden a fortalecer y desarrollar tolerancia a la frustración, estrés y dolor.

### **Logros**

Se observa la disminución de los síntomas ansiosos tales como el hormigueo en los brazos y la taquicardia, la evaluada logra reintegrarse satisfactoriamente a las actividades sus educativas, labores domésticas y actividades familiares, aunque sigue teniendo peleas con su enamorado y dificultades para conciliar el sueño. Vilma tiene dos salidas a dormir con su enamorado en la casa de una amiga donde ingiere licor y fuma de forma incontrolada. Toma conciencia de los malestares que estas conductas le ocasionan y decide continuar con el tratamiento.

### **Cuarto mes**

Comprende desde el 15 de mayo al 15 de junio, 2 sesiones semanales haciendo un total de ocho sesiones, siete de las cuales fueron online, y una

presencial, para la realización de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos WAIS IV (la única de todas las pruebas que se tomó presencialmente).

### **Objetivo**

Controlar síntomas ansiosos y disminuir las conductas impulsivas.

Precisar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizado y utilizar técnicas terapéuticas para un abordaje más preciso.

### **Desarrollo**

Se realizaron las seis últimas evaluaciones psicométricas para tener mayor precisión en el diagnóstico.

Se continuaron con las técnicas TCC descritas anteriormente y durante las sesiones se explicaron y/o utilizaron las siguientes técnicas:

- Auto registros: a manera de diario la evaluada inicio un registro donde plasma su estado emocional y le permite identificar bajo qué circunstancias, se incrementa el malestar y cuáles son los pensamientos predominantes en cada caso.
- Descubrimiento guiado a través del planteamiento de pequeñas metas diarias o semanales, la evaluada empieza a tener nuevas perspectivas y logros que le permiten cuestionar sus pensamientos distorsionados.
- Limitar las conversaciones sobre sus sentimientos negativos, con sus amigos y compañeros para evitar que el malestar se mantenga y se intensifique.
- Exposición a la imaginación a los peores miedos, durante las sesiones y utilizando la imaginación y el cuestionamiento socrático, se trató de insensibilizar a la evaluada de lo que tanto teme (el abandono de su

enamorado), de esta forma se disminuye la carga emocional que produce ese temor.

### **Logros**

Empezaron a mejorar los hábitos de sueño y la constancia en las rutinas saludables diarias. Obtuvo un progreso significativo en el manejo de sus emociones y disminución de conflictos de pareja y familiares. Según lo que indicó la evaluada se obtuvo una disminución de los síntomas en un 60%.

Se continuará con la terapia gracias a la sensación de autocontrol, mejora de las relaciones interpersonales y disminución de los síntomas ansiosos alcanzados.



## CONCLUSIONES DEL CASO CLÍNICO

Al finalizar el presente caso clínico, cuyo diagnóstico fue de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), que ha tenido una duración de dieciocho semanas de evaluación y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Vilma presenta síntomas y signos de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) como malestar general y gran angustia, que se describe como dolores de cabeza, tensión muscular, taquicardias, hormigueo en los brazos, molestias gastrointestinales, intranquilidad e irritabilidad, debido al temor constante por un posible engaño o abandono de su pareja. Dichos síntomas influyen en su concentración, adecuado desenvolvimiento y en la toma de decisiones. Además, muestra dificultades para controlar sus emociones y establecer relaciones interpersonales saludables y estables, debido a su baja autoestima y falta de valoración, autoconfianza e independencia.
- Debido a que posee una capacidad intelectual superior al promedio, está en la capacidad para lograr una mejor y más eficaz interacción social, manejo del estrés y la disminución de la intolerancia de la incertidumbre y a la frustración, esto significa que es posible el tratamiento psicológico sin necesidad de tomar medicación psiquiátrica.
- Por medio de la escucha activa y empática se fomentó el autoconocimiento y se inició el desarrollo de su autoestima por medio de

la aceptación de sí misma, de sus capacidades, carencias y fortalezas, así como de su realidad actual y su pasado.

- Con la ayuda de técnicas cognitivas, conductuales y emotivas, la evaluada ha logrado disminuir su carga ansiosa. Las principales técnicas usadas para el tratamiento del presente caso son: la programación de actividades, la relajación aplicada y distracción sensorial.
- Con la ayuda del auto registro, la eliminación de lenguaje interno y externo catastrófico y la limitación de conversaciones de sentimientos negativos, aprendió a controlar sus pensamientos distorsionados.
- Actualmente los síntomas han disminuido considerablemente en un 60%, por lo cual se decidió continuar con el abordaje psicoterapéutico que le permitirá seguir desarrollando su autoestima, la comunicación y relacionamiento sano con otras personas, así como, la eliminación de las ingestas de alcohol o drogas, estableciendo rutinas sanas y gratificantes que le permitan disfrutar de la vida, ayudarle a tomar decisiones y a establecer objetivos a corto, mediano y largo plazo para su desarrollo y la adquisición de una adecuada independencia.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. ed)*. Barcelona.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Madrid: SÍNTESIS.
- García Herera, B., Hurtado Lara, M. M., EV, N. M., & JM., B. A. (2015). *Guía Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada basada en el modelo de atención por pasos en Atención Primaria y en Salud Mental*. Málaga : Hospital regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.
- Granados Gamez, G. &. (2011). *Enfermería en Salud Mental* . Madrid : Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima y Callao, Anales de Salud Mental (Vol. XXIX)*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud Mental.
- López O.I.F, H. B. (12 de setiembre de 2011). *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. Recuperado el 07 de 05 de 2020, de [www.scielo.sdl.cu](http://www.scielo.sdl.cu)
- NICE. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia)*. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2016). *CIE 10, Clasificacion Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud Mental*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Metal. (2012). *Anales de Saud Mental*. Obtenido de <http://www.insm.gob.pe>
- Perales, A., Zambrano, M., & Vasquez - Caicedo, G. &. (1991). *Manual de Psiquiatria de Humberto Rotondo*. Lima - Peru: Enotria S.A.
- Perez, M., & Nieto, M. (2002). Intervención Cognitivo - Conductual en un Caso de Fobia Social y Trastorno de Angustia con Agarofobia. *Edu Psyké*, 115-138.
- Real Academia Española (15 de 04 de 2020). *Diccionario de la lengua española (23.ª ed)*. Recuperado de <https://dle.rae.es>
- Reyes-Ticas, J. (2011). *Trastorno de Nasiedad. Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento*. San José: Editorial Pfizer.

Ruiz Maria Angeles, D. M. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Sanchez, M. (2011). *Enfermería en Salud Mental*. Madrid: Universitaria Ramón Areces.

Valencia, P. (2019). Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) ¿Miden Algo Más que un Factor General? *Avances en Psicología UNIFE*, 117-189.





## APÉNDICE

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es PATRICIA MARÍA ROJAS SAN CRISTÓVAL, soy bachiller de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, UNIFE.

Actualmente estoy realizando un estudio de un caso clínico

Su participación en el estudio consistirá participar de sesiones semanales en un periodo de tres a seis meses, en ellas deberá responder preguntas y realizar algunas pruebas proyectivas y psicométricas.

Su participación en el estudio es voluntaria. Es importante que sepa que, si en un momento dado ya no quiere continuar con las sesiones, o si no quiere responder a alguna pregunta en particular, no habrá problema.

Toda la información que nos proporcione y las mediciones que realicemos nos ayudarán al estudio del caso clínico que estoy realizando.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no revelare a nadie tu nombre y que las respuestas dadas en las sesiones y en las evaluaciones sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si acepta participar, le pido que por favor pongas una ( ✓ ) en el espacio de abajo que dice "Sí quiero participar" y escriba su nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI:

**Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento:**

**Patricia María Rojas San Cristoval**

\_\_\_\_\_

**Fecha: 12 de febrero de 2020**