



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE
LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD MEDIANTE TELEASISTENCIA



MI ESTUDIO DE CASO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA:

CONSUMO EXCESIVO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UNA PERSONA DE 30 AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD MASCULINO BOLÍVAR NÚMERO UNO.

AUTOR:

LOURDES KARINA MELENDREZ NUÑEZ

TUTOR:

MSC. FRANCISCO ALEJANDRO AMAIQUEMA MÁRQUEZ

BABAHOYO – SEPTIEMBRE 2021

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA.....	VI
RESUMEN	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVO.....	2
SUSTENTO TEÓRICO	3
CONSUMO EXCESIVO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	3
Drogas.....	3
Uso indebido de drogas	3
Sustancias psicoactivas.....	4
PRINCIPALES PSICOACTIVAS DE CONSUMO	6
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	7

La ansiedad.....	7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	7
Causas.....	8
ESTRUCTURAS NEUROANATÓMICAS INVOLUCRADAS EN LA ANSIEDAD.....	8
La amígdala	8
Locus Ceruleus	9
Tálamo.....	9
Hipotálamo	9
Hipocampo.....	9
Diagnóstico.....	10
Consumo excesivo de sustancias psicoactivas	11
Trastorno de ansiedad generalizada.....	11
Tratamiento.....	12
TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN	13
RESULTADOS OBTENIDOS.....	14
SITUACIONES DETECTADAS.....	17

SOLUCIONES PLANTEADAS	20
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS	27
Anexo 1.....	27
Anexo 2.....	45

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO, la misma que me otorgó la oportunidad de poder realizar mi estudio de caso, desarrollando temas importantes para la persona privada de libertad del centro carcelario de la ciudad de Guaranda.

A mis padres y seres queridos que me han apoyado a lo largo de todo este proceso académico.

A todos y cada uno de los docentes con los que tuve el honor de compartir experiencias y saberes durante los semestres cursados, por su destacada labor y por la paciencia empleada en el transcurso de mis estudios.

Sobre todo, a Dios por brindarme salud, vida y fortaleza para no desfallecer en esta etapa muy importante de mi vida como futura psicóloga clínica.

GRACIAS A TODOS USTEDES.

DEDICATORIA

A Dios, por darme el ser y la sabiduría, que siempre me ha ayudado a salir adelante en todo momento, en especial en los más difíciles.

A mis padres por brindarme su apoyo espiritual y moral en todo momento, por ser ejemplo de superación y fortaleza en mi vida, con su apoyo cuento en todas las fases grandes de mi etapa de crecimiento, más que mis padres son mis mejores amigos, a los que amo sobre todas las cosas.

A mis amigas y amigos incondicionales, compañeros de estudio, por ser ellos quienes hacen parte de mi formación académica, juntos hemos logrado acompañarnos en las situaciones más difíciles y de la mano vamos creciendo mutuamente en todos los sentidos.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO porque ha sabido acogerme y enseñarme sus diferentes doctrinas teóricas, cursando cinco maravillosos años de mi vida académica en sus instalaciones y doy gracias a todas las experiencias y la formación que aprendí estando allí.

RESUMEN

El presente caso de estudio está orientado en conocer e identificar cómo influye el excesivo consumo de sustancias psicoactivas en el desarrollo de un Trastorno de Ansiedad Generalizada en una persona de 30 años de edad que se encuentra privada de libertad, en el CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD MASCULINO BOLÍVAR NÚMERO UNO ubicado en el cantón Guaranda, perteneciente a la provincia de Bolívar, este estudio consiste en la recolección de información diagnóstico y tratamiento psicológico para el trastorno de ansiedad generalizada inducido por el consumo de varias sustancias psicoactivas, para el mismo realizó un esquema terapéutico enfocado en técnicas de exploración de información propias del campo de la psicología clínica, además del uso de terapia de corte cognitivo conductual, en la cual la metodología empleada para llevar adelante la investigación se centró en el indagación científica de las variables planteadas para este estudio, que son el consumo excesivo de sustancias psicoactivas y el trastorno de ansiedad específicamente del trastorno de ansiedad generalizada, para la rehabilitación mediante la utilización de técnicas de recolección de información, como test psicométricos, la entrevista semiestructurada, la historia clínica, observación directa y el manual de diagnóstico CIE-10 y DSM-5, son las principales fuentes de información, junto con la entrevista personal del paciente, la rehabilitación del mismo se lo realizó dentro del programa de inserción social planteado por el centro de privación de libertad.

Palabras clave: Trastorno, ansiedad, influencia, consumo excesivo, sustancias.

ABSTRACT

This case study is aimed at knowing and identifying how the excessive consumption of psychoactive substances influences the development of a Generalized Anxiety Disorder in a 30 years old person who is deprived of liberty, in the BOLIVAR NUMBER ONE MALE LIBERTY DEPRIVATION CENTER, in the Guaranda canton, belonging to the Bolívar province, this study consists of the collection of diagnostic information and psychological treatment for generalized anxiety disorder induced by the consumption of various psychoactive substances, for the same it carried out a scheme therapy focused on information exploration techniques typical of the field of clinical psychology, in addition to the use of cognitive behavioral therapy, in which the methodology used to carry out the research focused on the scientific investigation of the variables proposed for this study , which are the excessive consumption of psi substances coercive and anxiety disorder specifically generalized anxiety disorder, for rehabilitation through the use of information gathering techniques, such as psychometric tests, semi-structured interview, medical history, direct observation, and the CIE-10 and DSM diagnostic manual 5, are the main sources of information, together with the personal interview of the patient, the rehabilitation of the same was carried out within the social insertion program proposed by the deprivation of liberty center.

Keywords: Disorder, anxiety, influence, excessive consumption, substances.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se realizó en base al consumo excesivo de sustancias con línea de investigación de educación y desarrollo social, mediante el trastorno de ansiedad generalizada perteneciente a la sub-línea de investigación asesoría educativa personal, sociofamiliar, vocacional y profesional planteados por la carrera de psicología clínica.

El consumo excesivo de sustancias psicoactivas como la cocaína, metanfetaminas, ácidos, morfina y sus derivados es uno de los problemas sociales más arraigados que existen actualmente, el consumo ascendente de sustancias psicoactivas se convirtió en uno de los problemas de salud más importantes, los mismos que han sido tratados a través de programas de intervención por centros de rehabilitación.

El problema social más importante conducido por las drogas es la delincuencia, por lo que este tipo de población tiende a un mayor consumo, lo que de cierto modo significa un incremento en los actos delictivos, ya que el uso continuo y desproporcionado de una sustancia o un conjunto de sustancias dañan significativamente la salud mental y física de las personas, haciéndolos más susceptibles a trastornos mentales como a deterioros sociales significativos.

Los trastornos mentales derivados del consumo de sustancias son múltiples y en muchos casos mantiene una comorbilidad, por ende, los trastornos psicológicos más frecuentes y comunes como la ansiedad, la depresión y el síndrome de abstinencia que son parte de un cuadro sindrómico agravado por trastornos de personalidad, característicos de la población carcelaria.

La intervención psicológica en los casos de abusos de sustancias han sido claves para la rehabilitación y reinserción social del individuo, con este estudio de caso se aspira investigar como el consumo desmedido o excesivo de sustancias incide en el desarrollo de trastornos psicológicos, específicamente en una ansiedad generalizada de una persona privada de la libertad de 30 años de edad, usando técnicas de recopilación de información de carácter científico como la historia clínica, las baterías psicométricas, entrevista semiestructurada y técnicas de intervención psicológicas, derivadas de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento de los síntomas que presenta el paciente, el mismo trabajo que consta de justificación, técnicas aplicadas, marco teórico, situaciones detectadas, resultados obtenidos, conclusiones, bibliografía y anexos.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación está focalizado en conocer cómo influye el consumo excesivo de sustancias en un paciente de 30 años privado de la libertad, diagnosticado con Ansiedad Generalizada, esto en post de un aumento de los trastornos mentales presentes en las PPL debido a sus condiciones y situaciones, sumado al consumo excesivo de sustancias previo a la detención o durante esta y que presentan dentro de los centros de privación de libertad y rehabilitación.

La población favorecida de la presente investigación de salud mental, es un paciente con trastorno de Ansiedad generalizada, asociados al excesivo consumo de sustancias psicoactivas, para lograr una mejor detección, evaluación, tratamiento y evolución de los pacientes y que permita a los centros de privación de libertad poder obtener mayores resultados en la rehabilitación de las PPL, tanto en la recuperación social como psicológica.

En las entidades carcelarias son pocas las investigaciones relacionadas a los trastornos de ansiedad, a pesar de que son muy prevalentes, por lo cual es importante esta investigación, ya que aporta un mejor entendimiento de este tipo de trastornos en las personas detenidas, por tanto también una mayor eficacia en el plan de rehabilitación individual y colectivo, focalizados a las instituciones pertenecientes a la red carcelaria del país y el organismo de control SNAI, que gerencia la rehabilitación social.

En base a la propuesta investigativa, científica y clínica de estas variables se distingue la factibilidad del estudio de caso, determinando que existe una relación entre el consumo excesivo de sustancias y el trastorno de ansiedad.

OBJETIVO

Conocer cómo influye el consumo desmedido de sustancias psicoactivas en un paciente de 30 años privado de la libertad, diagnosticado con trastorno de Ansiedad Generalizada.

SUSTENTO TEÓRICO

CONSUMO EXCESIVO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Drogas

El término de droga es muy común en la sociedad actual, en las noticias se puede escuchar los múltiples problemas que ocasionan quienes producen, trafican y consumen estas sustancias, como las peleas de bandas quienes actúan violentamente para acapar territorios, causando terror y muerte, el desgaste de la sociedad por controlar el tráfico de drogas legales e ilegales y los problemas en la salud de quienes consumen en abuso estas sustancias.

“Droga es un término general por el que se designa a cualquier sustancia con capacidad de alterar un proceso biológico o químico en un organismo vivo, con un propósito determinado como combatir una enfermedad, aumentar la resistencia física o modificar la respuesta inmunológica” (Valdés et al., 2018, pág. 68).

El consumo de drogas en una primera instancia no es malo, ya que la humanidad desde épocas remotas las ha usado en rituales o como mecanismos para aliviar sus enfermedades por sus propiedades de alterar los procesos biológicos o químicos como se menciona en la definición, sin embargo el consumo excesivo que las personas tienen es la causa que acarrea los demás problemas.

Uso indebido de drogas

El uso indebido de drogas es el uso de drogas que dañan el bienestar físico, mental o social de un individuo, en dosis superiores a las que normalmente se consideran de uso terapéutico o general. Existen señales de advertencia físicas y conductuales del abuso de drogas, entre las señales físicas están ojos ensangrentados, pupilas más grandes o más pequeñas de lo habitual, cambios en el apetito, alteración en el patrón de sueño, apariencia física descuidada, alteración de la coordinación, etc. Entre las modificaciones conductuales están: cambio inexplicable en la personalidad o la actitud, variaciones en el humor repentinos, irritabilidad, espaciadas o arrebatos de enojo, miedo, ansiedad o depresión, sin aparente razón (Valdés et al., 2018).

Sustancias psicoactivas

“El término droga psicoactiva se utiliza especialmente en el ámbito de la medicina y farmacología, como sinónimo de principio activo o fármaco, ya sea por extensión del concepto o debido a la traducción literal del término inglés drug” (Valdés et al., 2018, pág. 71).

Ruiz (2009) menciona que las sustancias psicoactivas son sinónimos de droga, en este sentido afirma que “las drogas son aquellas sustancias que introducidas en el cuerpo, y en función de la persona y la dosis, pueden distorsionar la percepción del mundo y de cada cual. Modifican la actividad mental, las sensaciones, los comportamientos” (pág. 1). En resumen, las sustancias psicoactivas son drogas ya sean fármacos o drogas recreativas, en dónde el problema radica en el uso indebido que se les da.

Problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas

Un problema de consumo de sustancias psicoactivas puede perjudicar a una persona en diferentes ámbitos, ya que interfiere con las relaciones con familiares y de amigos, entorpecen la capacidad de una persona para cumplir con las obligaciones laborales, escolares o familiares, o da lugar a problemas jurídicos y comportamientos peligrosos, además de problemas de salud que pueden ir de leves a muy graves.

Casi todas las sustancias asociadas con problemas de consumo de sustancias afectan el mecanismo de recompensa en el cerebro. El principal mensajero químico involucrado en el mecanismo de recompensa del cerebro es la dopamina. Cada vez que la persona usa la sustancia se siente bien, lo que hace que quiera volver a usar la sustancia. Con el tiempo, se producen cambios en el cerebro (por ejemplo, se produce menos dopamina), lo que disminuye los efectos placenteros de la sustancia y se necesitan cantidades más grandes para obtener la misma sensación Ruíz (2009).

Estos problemas pueden implicar el uso o la toma de una sustancia en cantidades cada vez mayores (lo que se conoce como resistencia del cuerpo a las sustancias psicoactivas), hacer todo lo posible para obtener la sustancia, experimentar síntomas de abstinencia cuando se detiene la sustancia, o ser incapaz de detener o reducir el uso de la sustancia.

Adicción

Las causas del abuso de drogas varían mucho, dependiendo de cada individuo y el alcance de su adicción. El alcance de la vulnerabilidad de una persona a su adicción depende de su entorno social, su salud mental y física y sus genes. Hay un sinnúmero de otros factores que contribuyen a la adicción a las drogas, así. Una vez que una persona es adicta a las drogas, generalmente necesita ayuda y apoyo profesional para superar su adicción (Payá y Castellano, 2008).

Dependencia

La dependencia es el “conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” (Caudevilla, 2008, pág. 4). Los signos de dependencia incluyen: necesidad de mayores cantidades de la droga para obtener un efecto, síntomas de abstinencia que ocurren si disminuye o deja de usar el medicamento que le resulta difícil de reducir o dejar de fumar, pasar mucho tiempo para usar y recuperarse de los efectos del uso de drogas, problemas en el desenvolvimiento de las actividades formales, sociales y recreativas y a pesar de ello, no tomar ninguna acción (Payá y Castellano, 2008).

Factores que ocasionan el consumo de drogas

Las causas de los problemas de consumo de sustancias no se pueden generalizar para todas las personas, sin embargo, hay muchos factores que se cree que juegan un papel. La herencia (genética) parece estar involucrada, ya que el riesgo de problemas de consumo de sustancias es mayor para las personas con familiares con estos problemas. El entorno de una persona, como la escuela, el trabajo, los amigos, la familia y las creencias culturales y religiosas, también puede afectar los problemas de consumo de sustancias, Ruíz (2009).

El uso recreativo se inicia típicamente en pequeñas dosis con el uso ocasional y progresa con el tiempo a un uso frecuente y, a veces, trastorno de abuso. Algunas drogas recreativas son más adictivas que otras en función de la rapidez con que se sienten sus efectos y si causan o no tolerancia a la acumulación o síntomas de abstinencia.

Otras condiciones de salud mental como la ansiedad y la depresión también pueden desempeñar un papel. El consumo de sustancias también puede comenzar cuando las personas tratan de manejar sentimientos y emociones desagradables (por ejemplo, enojo, estrés, tristeza). Las personas que están sujetas a discriminación también pueden estar en riesgo de problemas de consumo de sustancias (Payá y Castellano, 2008).

PRINCIPALES PSICOACTIVAS DE CONSUMO

Alcohol

El alcohol es una sustancia líquida que viene en una amplia gama de presentaciones con diferentes niveles alcohólicos, colores y sabores. Ejemplos de bebidas alcohólicas son la cerveza, el vino, el wiski. Aunque es legal para las personas de 18 años o más en la mayoría de países, comprar y beber alcohol, eso no significa que sea seguro. Algunos efectos incluyen: Reducción de los sentimientos de ansiedad e inhibiciones, que pueden ayudarle a sentirse más sociable, sin embargo, beber demasiado puede llevar a una persona a intoxicarse y en casos extremos a la muerte.

Tabaco

“El tabaco es una droga legal, que actúa como estimulante sobre el organismo” (Valdés, 2018, pág. 176). Las hojas de la planta de tabaco se recogen, se secan y son el principal insumo para la elaboración de cigarrillos. El tabaco es una droga legal, generalmente inhalada como humo de los cigarrillos; la nicotina es su principal sustancia química y es altamente adictiva. La nicotina es un estimulante que aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Fumar en realidad aumenta la ansiedad y la tensión. Fumar interfiere con ciertas sustancias químicas en el cerebro, Caudevilla (2008).

Marihuana (Cannabis)

La flor de la planta de cannabis se utiliza para sus fines recreativos o medicinales. Los diferentes métodos de ingestión de cannabis pueden afectar a tu cuerpo de manera diferente. Cuando se inhala humo de cannabis en los pulmones, los compuestos entran inmediatamente en el torrente sanguíneo y llegan rápidamente al cerebro y otros órganos (Payá y Castellano, 2008). Los efectos pueden aparición en cuestión de segundos a minutos e incluyen relación, alegría.

La marihuana es una droga como lo son el alcohol, la cocaína, o el éxtasis. Y como estas otras drogas, tiene efectos secundarios que pueden ser dañinos, puede crear adicción o dependencia, causando que una persona quiera tomar esa droga incluso si le daña.

Drogas de diseño

“Las drogas de diseño son drogas ilegales, que actúan en el organismo como estimulantes. En su apariencia las drogas de diseño son diferentes unas de otras, aunque normalmente son pastillas, cápsulas o polvos de colores” (Valdés, 2018, pág. 177). Las drogas de diseño se producen generalmente creando análogos a las drogas existentes para evitar las regulaciones y los controles existentes. Uno de los aspectos más preocupantes de las drogas de diseño es su apariencia. Muchas de estas sustancias se parecen mucho a los artículos domésticos cotidianos. Las drogas de diseño varían en su apariencia dependiendo de la droga. Si bien su bajo precio y disponibilidad pueden llevar a las personas a creer que estos medicamentos no son tan dañinos, lo contrario es cierto. Y aunque las drogas de diseño varían químicamente de sus contrapartes, siguen siendo adictivas. El uso de drogas de diseño, incluso una vez, puede tener consecuencias peligrosas para la salud, incluida la muerte. Ejemplos de ese tipo de drogas son: las feniletilaminas, el éxtasis, el oxibato sódico, los poppers, entre otras (Di Biasi, 2019).

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La ansiedad

La ansiedad es una sensación de nerviosismo, inquietud o preocupación que generalmente ocurre en ausencia de una amenaza inminente. Se diferencia del miedo, que es la respuesta natural del cuerpo al peligro inmediato. “La ansiedad es parte de la reacción natural del cuerpo al estrés, por lo que puede ser útil a veces, lo que lo hace estar más alerta y listo para la acción” (Reyes, 2011).

Trastorno de ansiedad generalizada

Los trastornos de ansiedad y los sentimientos normales de ansiedad son dos cosas diferentes. La mayoría de personas experimentan ansiedad cuando se enfrentan a situaciones particulares que encuentran estresantes, pero si esos sentimientos no disminuyen, la ansiedad

podría ser más crónica. Cuando los sentimientos de miedo o nerviosismo se vuelven excesivos, difíciles de controlar o interfieren con la vida diaria, un trastorno de ansiedad puede estar presente. “Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real” (Martínez y López, 2011, pág. 1).

Causas

La causa exacta no está clara, pero la investigación muestra que es probable que haya una interacción entre los factores biológicos, como la genética y la estructura cerebral, y los factores ambientales, como la adversidad de por vida. Los eventos traumáticos o estresantes, como la muerte de un ser querido, el abuso o la enfermedad prolongada, a menudo están relacionados con el desarrollo de un trastorno de ansiedad (Navas y Vargas, 2012).

ESTRUCTURAS NEUROANATÓMICAS INVOLUCRADAS EN LA ANSIEDAD

Las investigaciones neuropsicológicas manifiestan que existe una serie de estructuras involucradas en la ansiedad.

“Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico” (Navas y Vargas, 2012, pág. 499).

La amígdala

La amígdala tiene un papel central en las respuestas de ansiedad a situaciones estresantes y excitantes. Los estudios farmacológicos y de la lesión de las subdivisiones basolaterales, centrales e intermedias de la amígdala han mostrado que su activación induce efectos anoxigénicos, mientras que su inactivación produce efectos ansiolíticos. La amígdala envía señales al cuerpo “las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculoesqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo” (Reyes, 2011, pág. 17).

Locus Ceruleus

“El locus ceruleus envía referencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad” (Reyes, 2011, pág. 17). Es el centro que modula la respuesta de la actividad cerebral ante estímulos de medio externo, por ello cumple un papel muy importante cuando se considera que desde el exterior existe una amenaza, por lo que es el principal mecanismo de alerta.

Tálamo

“Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala” (Reyes, 2011, pág. 17). El tálamo actúa como un retransmisor de las señales, hacia otras áreas del cerebro que orquestan la liberación de adrenalina y hormonas del estrés como el cortisol, que a su vez movilizan la respuesta al peligro. Estas hormonas son las predominantes cuando se experimentan episodios de ansiedad.

Hipotálamo

El hipotálamo es una parte del mesencéfalo. Se llama así debido a su proximidad al tálamo. Una función importante vincular el sistema nervioso al sistema endocrino (hormonal) a través de la glándula pituitaria. El hipotálamo se considera el regulador de todas las funciones hormonales en el cuerpo. Produce varias hormonas que controlan otras glándulas del cuerpo y es responsable de y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica, Reyes (2011).

Hipocampo

“Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla” (Reyes, 2011, pág. 18). El cerebro humano es una compleja red de conectividad neuronal y sináptica. El hipocampo y otras áreas de la estructura cerebral, como la corteza prefrontal, la amígdala, el hipotálamo y el tálamo, trabajan juntos para producir nuestros sentimientos, pensamientos, personalidad y comportamiento, junto con nuestras otras funciones corporales naturales.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-5) de acuerdo a Hernández et al, (2006), incluyen los siguientes:

- Ansiedad y preocupación excesivas durante al menos seis meses
- Dificultad para controlar la preocupación.

Ansiedad y preocupación asociadas con al menos tres de los siguientes:

- Inquietud, sentirse a punto o al límite
- Fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse o la mente en blanco, irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteración del sueño.

De acuerdo a Hernández et al, (2006), la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud menciona que para el diagnóstico es necesario un período de al menos 6 meses de notable ansiedad y al menos 4 de los siguientes síntomas:

- Palpitaciones
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sequedad o deshidratación
- Dificultad para respirar
- Ahogo
- Malestar en el pecho
- Náuseas
- Sensación de mareo
- Sensación de irrealidad
- Sensación de perder el conocimiento
- Miedo a morir
- Oleadas de calor
- Adormecimiento

- Tensión muscular
- Inquietud
- Estar muy presionado
- Dificultad para tragar
- Irritabilidad pronunciada
- Dificultad para poner atención, concentrarse
- Irritabilidad persistente
- Dificultad para dormir

Relación entre el consumo excesivo de sustancias psicoactivas y el trastorno de ansiedad generalizada

La relación entre ansiedad generalizada y consumo de sustancias psicoactivas es bidireccional, lo quiere decir que las personas que padecen del trastorno de ansiedad generalizado son más susceptibles de caer en el consumo de drogas, a su vez las personas que son dependientes del consumo de drogas desarrollan ansiedad generalizada.

Las personas que luchan con el trastorno de ansiedad generalizado son significativamente más propensas a desarrollar una adicción a las drogas o el alcohol que aquellas que no tienen ansiedad. A medida que los síntomas del trastorno progresan, las personas pueden recurrir a sustancias como una forma de automedicarse. A menudo, el alcohol y las drogas se utilizan como una salida para escapar de la realidad, aliviar los síntomas de la ansiedad y producir una sensación de felicidad, Navas y Vargas (2012).

Muchos síntomas del trastorno de ansiedad generalizada reflejan los signos de la adicción. Otros trastornos del estado de ánimo, como la depresión, también pueden ocurrir junto con el trastorno de ansiedad generalizada. Es crucial que las personas busquen tratamiento para todas y cada una de las adicciones de salud mental presentes.

El abuso de sustancias tiene un gran impacto en los síntomas psicológicos de la ansiedad, que puede conducir a la dependencia. Después de un tiempo, el cuerpo de una persona puede desarrollar una tolerancia al alcohol o las drogas, lo que significa que necesitan aumentar su ingesta para obtener el mismo efecto que antes. Esto desencadena un peligroso ciclo de adicción (Cano et al, 1994).

Tanto los trastornos de ansiedad como los trastornos por consumo de sustancias están relacionados con desequilibrios químicos en el cerebro. Por ejemplo, los niveles bajos del neurotransmisor serotonina se han relacionado con el alcoholismo y las enfermedades mentales (Souza y Machorro, 2008).

Tratamiento

El tratamiento de un trastorno de ansiedad se centra en la terapia psicológica, la medicación y los ajustes en el estilo de vida (Cano et al, 1994). El tratamiento será diferente para cada persona dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad que tenga y la presencia de cualquier condición subyacente.

El autocontrol es el primer paso para manejar los sentimientos de ansiedad y a menudo implica técnicas de relajación, un estilo de vida activo y una gestión eficaz del tiempo. Si estas medidas no controlan las reacciones ansiosas, es necesario la intervención de un profesional en psicología.

La terapia cognitivo-conductual es un método muy usado, que tiene como objetivo ayudar a las personas a identificar y cambiar el pensamiento negativo y los patrones de comportamiento que pueden activar o exacerbar la ansiedad. Es una terapia práctica para resolver problemas. Implica aprender y practicar habilidades, lenguaje y formas de pensar que ayudan a empoderar a las personas para que tengan un papel activo en su tratamiento. Lo fundamental es acudir a profesionales de la salud para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Historia clínica

La historia clínica es un método de recolección de información de uso netamente clínico, la misma que se emplea para elaborar una breve anamnesis del paciente, además de obtener información relevante de la evolución clínica y áreas de posible abordaje que orienta adecuadamente el diagnóstico e intervención.

Observación directa

La observación es una técnica bastante empleada en psicología, ya que consiste en la observación objetiva de la conducta de un individuo en cuestión, debido a que aporta información valiosa para registrar y entender la problemática que puede estar presentando el paciente.

Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada es una herramienta de orientación clínica y recolección de información, mediante la cual brinda mayor probabilidad de establecer la relación terapeuta-paciente, consiste en preguntas abiertas y cerradas orientadas a indagar la situación actual del paciente.

Test psicológicos aplicados

“Escala de ansiedad de Hamilton”: La Escala de ansiedad de Hamilton es una escala de estado que está diseñada para medir la intensidad de la ansiedad, se encuentra conformada por 14 ítems, los mismos que valoran los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Una de las escalas también mide el estado de ánimo depresivo.

Test “HTP” de Karen Rocher: El test “HTP” de Karen Rocher es proyectivo, rediseñado por la presente autora, el cual consiste en el análisis de diferentes dibujos, en base a la teoría psicoanalítica y el simbolismo de los mismos, se puede mencionar que los dibujos evalúan 8 aspectos como la ubicación de la hoja, tamaño y dimensión del dibujo, tipo de trazo, precisión, claridad, dinamismo, movimiento, calidad y secuencia., las mismas características que brindan información subconsciente del individuo, el test evalúa el inconsciente, las relaciones familiares, sociales y el autoconcepto.

RESULTADOS OBTENIDOS

La PPL de 30 años de edad, asiste a consulta por voluntad propia en el departamento psicológico del centro de Privación de Libertad Masculino Bolívar número uno, aduciendo que se encuentra muy inquieto, con dificultad para mantener la calma y con síntomas indicativos de una supuesta ansiedad, con el uso de los recursos ya mencionados con anterioridad en el presente caso de estudio se determinó que el paciente está atravesando los síntomas clínicos de un trastorno de Ansiedad Generalizada.

Para la realización de la investigación clínica del presente estudio de caso se consideró aplicar técnicas Cognitivas Conductuales, en la cual se empleó 7 sesiones planteadas, en los que se logró recopilar diferentes resultados que se procederá a describir a continuación.

Primera sesión (14/06/2021) 8:30 am – 9:00 am

El paciente (PPL) asiste al departamento psicológico del centro penitenciario por voluntad propia, en un punto inicial se estableció una entrevista de carácter semiestructurada para lograr mayor flexibilidad y mejorar la relación terapéutica, permitiendo un espacio para que el paciente pueda establecer su motivo de consulta, en el cual manifiesta: “mientras estoy dentro de la celda me imagino que cuando salga al patio estará alguien parado afuera y me tomara del cuello, luego me va arrastrar hasta el pasillo y me llevará al baño en donde me van a estar esperando 2 o 3 tipos para golpearme porque se necesita más de uno para hacerme daño”

Durante esta sesión se estableció la relación terapéutica, diferentes pautas para definir un diagnóstico acorde a la sintomatología presentada por el paciente, además se logró mediante la psicoeducación definir la situación que se encuentra atravesando, finalmente se alcanzó establecer un cronograma de trabajo.

Segunda sesión (24/06/2021) 8:30 am – 10:00 am

En la segunda sesión y mediante la entrevista semiestructurada se reforzó el rapport con el paciente, también se ocupó parte de esta sesión para obtener información relevante y realizar una psicoeducación acerca de la sintomatología, además se empleó la mayor parte para profundizar acerca de los síntomas del paciente y determinar la intensidad, tiempo y durabilidad

de los mismos, con el objetivo de orientar el diagnóstico adecuado, se puede mencionar que esta sesión conto como la primera intervención psicoterapéutica, explicando al paciente el modelo cognitivo empleado en terapia cognitiva conductual, haciendo un breve recuento de lo que se trabajó con el paciente y se procedió a realizar una inducción breve acerca de un test que se aplicaría en la siguiente sesión.

Tercera sesión (01/07/2021) 10:00 am – 11:00 am

El paciente asiste puntualmente a su tercera sesión, la misma que constituye a la segunda sesión psicoterapéutica, en la cual el paciente explico cómo se ha sentido, expresando que se siente aún bastante nervioso y que le está costando mucho trabajo mantenerse tranquilo, en primera instancia se aplicaron baterías psicométricas que constan de un test proyectivo HTP y la escala de ansiedad de Hamilton, posteriormente se trabajó en focalizar cual era la esfera que se encontraba más afectada, en la misma que se encontró la existencia de una intensidad importante en sus pensamientos, para lo cual se empleó técnicas cognitivas conductuales enfocadas en una reestructuración cognitiva, se identificaron los pensamientos que generaban la conducta del paciente y se aplicó la técnica descatastrofización, examinando evidencias y la técnica de intensidad de una emoción y pensamiento.

Cuarta sesión (07/07/2021) 9:30 am – 10:30 am

En esta sesión se logró establecer el diagnóstico final y se psicoeducó al paciente acerca del tipo de ansiedad que está atravesando actualmente, haciendo una breve introducción para revisar y focalizar la intervención, por ende también se hizo una breve revisión del esquema a trabajar, esta sesión fue netamente terapéutica y se utilizó técnicas de relajación progresivas de Jacobson y autógena para reducir la sintomatología somática, el paciente durante esta sesión se sintió bastante calmado y se pudo hacer una inducción.

Quinta sesión (15/07/2021) 11:30 am – 12:30 am

En esta sesión se trabajó específicamente en técnicas enfocadas en la modificación de conducta y se realizó una comprobación de hipótesis empírica para conocer las reacciones del paciente ante diversas situaciones, el paciente responde muy bien, aunque todavía están presentes los pensamientos ansiosos, por lo que se procedió a trabajar en descatastrofización de

los pensamientos y la intensidad de cada creencia, además de una psicoeducación de los siguientes puntos:

- ❖ Miedo y ansiedad
- ❖ Activación de la ansiedad
- ❖ Esquema cognitivo de la ansiedad

Sexta sesión (21/07/2021) 9:00 am – 10:00 am

En esta sesión el paciente asistió a consulta un poco ansioso pero colaborativo, se trabajó en contención emocional debido a una situación que se encontraba atravesando, ya que desencadenó una breve y corta aparición de ciertos síntomas, se procedió a explicar al paciente las técnicas que se trabajarían para estabilizar el estado de ánimo del mismo, empleando técnicas de relajación autógena y progresiva de Jacobson.

Se elaboró un esquema para la práctica de esta técnica como tarea al menos un par de veces por día. Durante esta sesión también se habló acerca de las preocupaciones y los pensamientos automáticos aun persistentes en el paciente “siento que algún momento me voy a morir” “siento que algo malo me va a ocurrir dentro de esta cárcel.”

Factor desencadenante de la ansiedad	Escala de ansiedad [0-100]	Peor resultado posible	Que fallaba en la situación	Pensamientos ansioso inmediatos
---	-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	--

Séptima sesión (28/07/2021) 10:00 am – 11:00 am

En esta sesión se realizó un monitoreo de todas las sintomatologías y un repaso de todo lo abordado durante el proceso terapéutico, se procedió a realizar un ejercicio de práctica cognitiva que consiste en inducir al paciente a imaginar ciertas situaciones, para determinar cuál es su reacción, durante esta práctica el paciente se encuentra bastante relajado mostrando un buen autocontrol, mediante un registro de pensamientos se pudo denotar que la mayor parte de la ideación negativa ha disminuido, se procedió finalmente a realizar un feedback de todos los pensamientos y se evidenció que estos están más ajustados y acorde a la situación presente

además el paciente se encuentra tranquilo y más concentrado, se redujeron en un 90% los síntomas somáticos.

Como última instancia se cerró el proceso psicoterapéutico con el paciente.

SITUACIONES DETECTADAS

En base a la anamnesis realizada mediante el uso de la historia clínica se hallaron varias novedades muy importantes, proviene de un embarazo no deseado, sufrió de maltratos por parte de su padre durante su infancia, a partir de los 10 años de edad empezaría el consumo de varias sustancias como marihuana, morfina, cocaína y alcohol, siendo la marihuana la primer sustancia que ingirió, además, se encontró en rehabilitación por un largo periodo de tiempo, por lo cual cabe mencionar que es reincidente en el consumo, también se pudo encontrar que en los antecedentes familiares del paciente su abuela padecía de Parkinson.

El paciente hace aproximadamente 7 meses empezó a sentir síntomas de angustia, miedo y cambios repentinos de humor, menciona que anteriormente experimentó ataques de pánico derivados por los problemas de consumo, ya que cuando dejaba de hacerlo los cambios de humor y temores eran más persistentes e intensos, incluso cuando se encontraba en un proceso de rehabilitación fue intervenido psicológicamente durante varias ocasiones, refiere que dejó de consumir oficialmente desde hace 6 meses, llegando a ser el mismo tiempo en que empezó a incrementarse la intensidad de los síntomas, descartando con totalidad el uso de sustancias psicoactivas.

El paciente actualmente se encuentra privado de la libertad, fue detenido hace aproximadamente 8 meses por un presunto abuso sexual, a partir de este tiempo estimado el paciente empezaría a experimentar repentinamente angustia y miedo de perder su vida, constantemente tiene ideas de muerte, que según menciona no puede controlar, sus pensamientos son repentinos y siente que va mucho más rápido que él, aduciendo que le gustaría solamente dejarlos pasar, se evidencia un estado de alerta activo.

Los síntomas presentados por el paciente se caracterizan por una ansiedad excesiva y una constante preocupación desbordante y en ocasiones incontrolable para el paciente, con pensamientos rápidos, pensamientos de muerte, sensación de hormigueo en todo el cuerpo,

dificultad para concentrarse, irritabilidad o sensación de molestia, y dificultades para dormir, su ciclo del sueño se encuentra alterado.

El paciente no puede controlar sus pensamientos de temor a la muerte e inmediatamente siente que le sucederá algo, aunque esté en un lugar seguro, se elaboró un registro de las cogniciones ansiosas.

Automonitoreo e identificación de pensamientos ansiosos				
Factor desencadenante de la ansiedad	Escala de ansiedad [0-100]	Peor resultado posible	Que fallaba en la situación	Pensamientos ansioso inmediatos
Privación de la libertad por presunto abuso sexual	80	“Pienso que jamás saldré de esta prisión, me pueden dar más años de prisión”	Que no tuve la oportunidad de demostrar completamente mi inocencia.	Me voy a morir aquí Me puede pasar algo malo Me hare viejo aquí No podré disfrutar mi vida
Mi abogado se ausento por dos semanas	70	“no poder defenderme, o tal vez mi proceso ya se cayó.”	Que mi familia no me ayude a salir de acá	Me van a abandonar tal vez ni se acuerden de mi
Salgo al patio con los demás compañeros	90	“me va a pasar algo malo” “alguien me tomara por sorpresa” “puede pasar lo peor”	No hay suficiente seguridad Cualquiera podría atacarme repentinamente	Soy indefenso y no podría hacer nada para defenderme. Nadie podría ayudarme.

Mediante el uso de la batería psicométrica se encontró que el paciente manifiesta un estado de ansiedad moderada, los datos arrojados por la escala de ansiedad de Hamilton muestran que el paciente se encontraba en un estado de alteración considerable, la presencia de síntomas psíquicos del paciente como temores, falta de concentración, breve desorientación,

miedo exagerado así mismo una presencia importante de síntomas somáticos como temblores, sudoraciones y malestares musculares se evidenciaron también durante las primeras sesiones psicoterapéuticas.

Área cognitiva	Área afectiva	Área conductual	Área Somática
<p>Problemas de concentración.</p> <p>Pensamientos negativos infundados.</p>	<p>Sentimiento de tristeza.</p> <p>Baja autoestima.</p> <p>Angustia.</p> <p>Inseguridad.</p> <p>Intimidación.</p> <p>Preocupación excesiva.</p> <p>Desesperanza.</p> <p>Nerviosismo excesivo.</p> <p>Miedo.</p> <p>Labilidad afectiva.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Sentimientos de culpa.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Sentimientos de enojo.</p> <p>Ataques de pánico.</p> <p>Apatía.</p>	<p>Impulsividad.</p> <p>Aislamiento.</p> <p>Distanciamiento.</p>	<p>Mareos.</p> <p>Vómitos.</p> <p>Tensión muscular.</p> <p>Temblores.</p> <p>Fatiga.</p> <p>Sudoración.</p> <p>Lagrimosos.</p>

En base a la información recabada y a los resultados obtenidos mediante los instrumentos empleados, se llegó a establecer un diagnóstico positivo para un trastorno de ansiedad generalizada, cumpliendo con los criterios de diagnósticos expuestos en el CIE-10 Y DSM-5.

Diagnostico Estructural

DSM-5 300-02 CIE-10 (F31.1) Trastorno de Ansiedad Generalizada.

SOLUCIONES PLANTEADAS

El enfoque terapéutico programado para este estudio de caso se lo planteó a través de técnicas de naturaleza Cognitivo Conductuales.

Áreas a tratar

- ❖ Cognitiva (pensamientos), afectiva (emociones y sentimientos) y conductual (comportamientos).
- ❖ Psicoeducar al paciente acerca de su sintomatología y dar a conocer el modelo cognitivo de la ansiedad.

1. PRIMERA META TERAPÉUTICA: Psicoeducación

Establecer una psicoeducación al paciente para explicar lo que está experimentando.

Mediante esta técnica se espera poder hacer una educación de conceptos como la ansiedad, como esta se genera y la activación de la misma

2. SEGUNDA META TERAPÉUTICA: Reestructuración Cognitiva

En base a la información recabada del paciente, se propuso trabajar en primera instancia sobre los pensamientos automáticos y las creencias que generan la ansiedad en el paciente mediante técnicas cognitivas y el uso de técnicas conductuales para manejar controlar el consumo de sustancias.

Este objetivo se lo ejecuto a lo largo de la tercera hasta la séptima sesión.

2.1. Categorizando los pensamientos distorsionados.

El objetivo de esta técnica es establecer un registro de los pensamientos del paciente mediante preguntas como:

- ❖ ¿Que estaba pensando cuando se sentía nervioso?
- ❖ Me siento ansioso por que pienso...

2.2. Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos.

El objetivo de esta técnica es ayudar al paciente a identificar cuáles son los pensamientos específicos que generan mayor ansiedad en él.

- ❖ “¿podría indicarme porque está preocupado?”
- ❖ “no puedo dejarme de preocupar porque...-”

2.3. Examinando evidencias.

El objetivo de esta técnica es focalizar cual es la amenaza mediante los pensamientos que generan la activación de la conducta ansiosa, examinando minuciosamente cuales son las evidencias a favor y en contra de la creencia y la conducta ansiosa del paciente.

2.4. Análisis de costos y beneficios.

Mediante esta técnica se pretende a establecer cuáles son las ventajas y desventajas de los pensamientos y la conducta ansiosa del paciente.

- ❖ Supongo que se encuentra dispuesto a asumir los costos de su ansiedad.

2.5. Descatastrofización.

El objetivo es rectificar las valoraciones y sesgos cognitivos de una situación en la que se le pidió al paciente pensar en la peor situación en la que se podría encontrar, para posteriormente darle un enfoque más objetivo de lo que en realidad está ocurriendo.

En una segunda instancia se establece trabajar las emociones derivadas de su estado ansioso para lo cual se empleó:

Terapia de relación autógena

Objetivo: relajar la tensión muscular estabilizar el estado de ánimo, y mejorar el control de la sensación de ansiedad.

Mediante esta técnica se logró reducir la sintomatología somática de la ansiedad.

Terapia de relajación progresiva

Objetivo: mejorar y potenciar el control del estado de tensión y preocupación.

Esta técnica ayuda al paciente a mejorar la intensidad de sus emociones y las situaciones que complican el estado de ansiedad.

Como tercera y última instancia durante el presente estudio de caso se focalizo el trabajo en el área conductual.

3. Técnica dirigida a modificar el comportamiento

Mediante las técnicas de modificación de conductas se espera que el paciente elimine los hábitos del consumo además que logre integrarse a las actividades cotidianas dentro del centro penitenciario.

3.1. Economía de fichas.

Objetivo: trabajar de manera preventiva en los hábitos de consumo de sustancias mediante fichas que la paciente ira canjeando con oportunidades de beneficios.

3.2. Programación de actividades.

Objetivo: establecer actividades que mejoren la calidad de su estado de ánimo y reforzar el pensamiento objetivo.

3.3. Asignación de tareas graduales.

Objetivo: programar tareas de menor a mayor complejidad e ir exponiendo al paciente a situaciones específicas.

3.4. Comprobación de hipótesis

Objetivo: focalizar en la adaptación del paciente a las situaciones y mantener el control ante situaciones, estímulos y verificar el nivel de afrontamiento del paciente frente a los pensamientos, aquella tarea se la ejecuto en base a experimentos previamente establecidos dirigidos a la conducta.

CONCLUSIONES

El consumo de sustancias psicoactivas influye sin duda al desarrollo de trastornos psicológicos, como en el estudio de caso presentado, consumir excesiva y prolongadamente sustancias psicoactivas, genera un deterioro importante en las funciones superiores del ser humano, como la memoria, atención, inteligencia y también la capacidad de tomar decisiones a largo plazo puede ser uno de los precipitantes que frente a una situación generadora de estrés se convierten en importante antecedente.

Es importante resaltar la incidencia de los problemas de consumo y salud mental, como la ansiedad y otros problemas que en muchas ocasiones tienen comorbilidad aumentando la dificultad de rehabilitación del paciente, además marcan de por vida el desempeño de las actividades cotidianas de un individuo, por lo que se debe procurar denotar la gravedad del consumo y tratarlo a tiempo, con la finalidad de poder mejorar las condiciones del paciente y aumentar la probabilidad de recuperación oportuna.

Durante la elaboración del presente estudio de caso, se pudo evidenciar una serie de situaciones importantes en cuanto al aprendizaje significativo, pues se logró llevar a cabo la práctica de todos los conocimientos obtenidos a lo largo de la carrera.

Los instrumentos que se emplearon en esta investigación aportaron significativamente para la recolección de información, su rendimiento fue altamente efectivo, por ende se reconoce la importancia de los mismos para lograr los objetivos planteados, además la práctica clínica en el Centro de Privación de Libertad permitió conocer de una manera más amplia la problemática generada por el consumo de sustancias y las patologías subyacentes que arrastran, por ende también nos permite entender y enfocar los tratamientos psicológicos en esta población.

La práctica del enfoque cognitivo conductual resulta altamente asertiva a la hora de tratar los problemas de consumo, en este caso un trastorno de ansiedad generalizada y como se pudo comprobar durante el presente estudio de caso, resulta efectivo para lograr metas a corto plazo, además de la versatilidad y facilidad de manejo de las técnicas para establecer nuevos mecanismos de afrontamiento de la ansiedad en el paciente.

Finalmente, se lograron varias metas establecidas durante el proceso, recuperándose de manera significativa, brindándole nuevas pautas de control, manejo de situaciones y pensamientos característicos de la ansiedad, evidenciando que la intervención psicológica de este caso fue la adecuada.

Se recomienda la introducción de programas enfocados a un adecuado diagnóstico para tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión relacionados con el consumo de sustancias para la población carcelaria, con el objetivo de brindar mayor calidad de atención y consecuentemente una oportuna reinserción ante la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Cano, A., Tobal, M., González, H., y Iruarrizaga, I. (1994). *El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
https://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf
- Caudevilla, F. (2008). *Drogas: Conceptos generales, Epidemiología y valoración del consumo*. Grupo de Intervención en Drogas semFYC.
<http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drugas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Di Biasi, B. (15 de enero de 2019). *Drogas de diseño*. <https://fundartox.org/drogas-de-diseno/>
- Hernández, M., Horga, J., Navarro, F., y Mira, A. (2006). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria*.
<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf>
- Martínez, M., y López, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 101-107. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- Navas, W., y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 497-507.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Payá, B., y Castellano, G. (2008). *Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores*.
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Consumo%20de%20sustancias.pdf>
- Reyes, A. (2011). *Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*.
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Ruíz, J. (2009). *Consumo de sustancias de infancia adolescencia*.
<https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/157.pdf>

Souza y Machorro, M. (2008). Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 215-226. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn083i.pdf>

Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, A., y Díaz, G. (2018). *Drogas, un problema de salud mundial*. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 003

Fecha: 14/06/2021

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: Barahona Cuñas Alex Manuel _____ **Edad:** 30 años _____
Lugar y fecha de nacimiento: Chimbo, 24 de Marzo de 1991 _____ **Género:** Masculino ____
Estado civil: Unión Libre _____ **Religión:** Católica _____
Instrucción: Secundaria, culminó 10mo año de EGB ____ **Ocupación:** Desarrollo de artesanías
 con alambre _____ **Dirección:** Chimbo, barrio San José, calle Gustavo Saltos _____
Teléfono: _____ **Remitente:** CPLMB N°1 _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

La PPL se encuentra sentenciada por presunta violación a su ex-pareja, refiere que se encontraba bajo el efecto de sustancias psicoactivas al momento de suceder el hecho, mediante la presencia de la sobrina de la presunta víctima.

El día lunes 14 de junio se acerca a manifestar que se encuentra preparado para hablar de algo que le está angustiando, refiriendo lo siguiente “Tengo un pasado oscuro y ya me siento listo para hablar de eso”, se puede expresar que el paciente remite desde que ingresó al centro, hace aproximadamente 8 meses empezó a sentirse triste con cierta labilidad afectiva, menciona que constantemente tiene ataques de pánico, “a veces me paniqueo porque parece que me va a atrapar esa mujer que se veo en mis sueños y siento que me va a hacer algo”, siente una sensación de asfixia y escucha que lo llaman por su nombre, además, tiene miedo de compartir cualquier actividad con sus compañeros de celda ya que no confía en ellos a tal punto que la PPL está anticipando los hechos, formulando formas de escaparse y estrategias para agredir a cualquier persona que se le acerque, pues no confía en nadie “no puedo parar de pensar en esa mujer que me persigue, entonces lo que yo hago es mirar qué puedo agarrar para defenderme y pienso en lo que me querrá decir, yo sé que alguien me está espiando para estudiar todos mis movimientos”, debido a ello siente preocupación al encontrarse solo, así que cuando tiene autorización llama a su pareja con la finalidad de mantenerse acompañado al menos conversando unos minutos por vía telefónica, mientras se encuentra en su celda tiene constantes

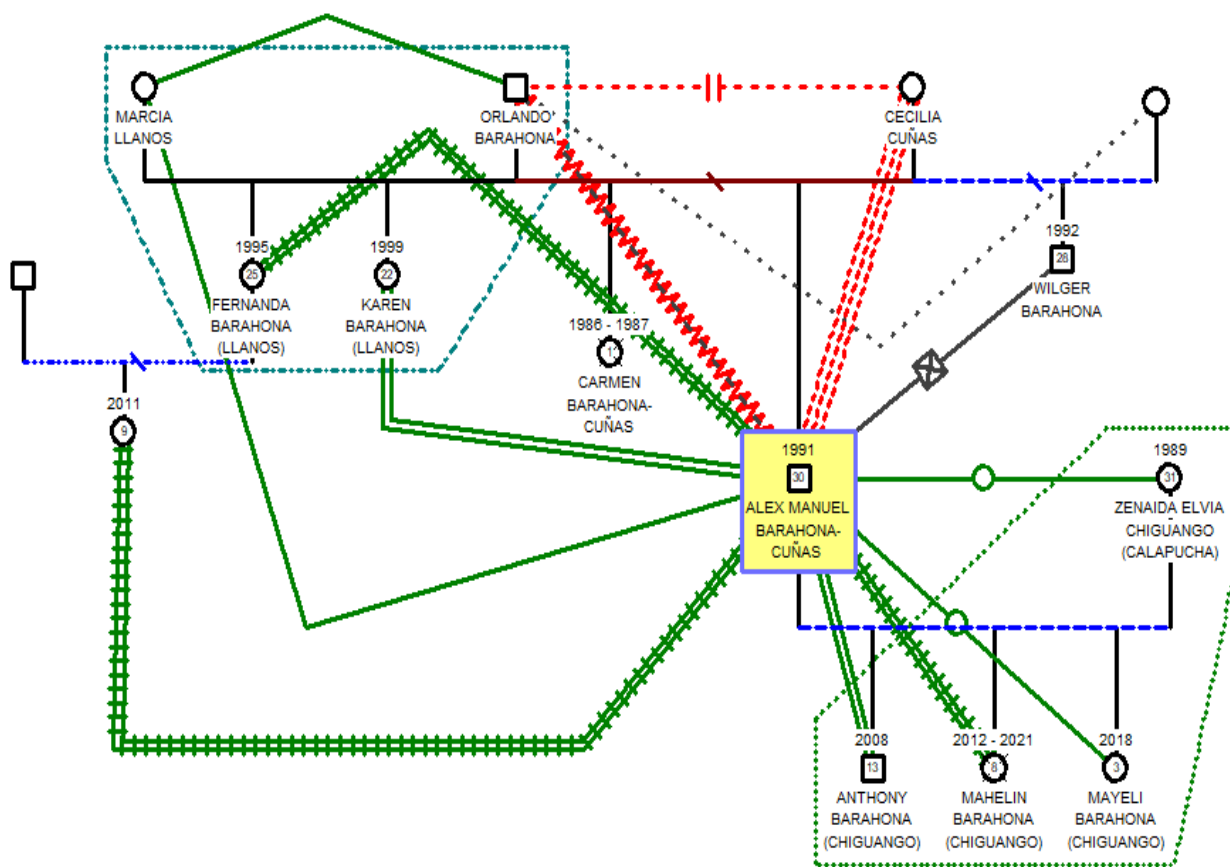
escalofríos, sudoración en manos y cuerpo, tensión muscular, añade que constantemente está pensando en que jamás va a salir de la cárcel, se preocupa demasiado mientras se encuentra en su celda y también le inquieta excesivamente cuando está fuera de ella, expresa “mientras estoy dentro de la celda me imagino que cuando salga al patio estará alguien parado afuera y me tomara del cuello, luego me va arrastrar hasta el pasillo y me llevará al baño en donde me van a estar esperando 2 o 3 tipos para golpearme porque se necesita más de uno para hacerme daño”, en mayor medida al estar afuera se siente amenazado, no obstante cuando sale no ocurre nada, así que piensa que tal vez hay otra manera en la cual le quieran perjudicar, dejándolo por más tiempo en la cárcel o que algo malo va a ocurrir o que en la cárcel puede existir un amotinamiento repentino, se siente demasiado cansado teniendo periodos de insomnio varias noches, expresa que duerme 1 a 2 horas en las noches, por ende duerme varias horas durante el día, adicionalmente le cuesta demasiado concentrarse en sus actividades, pues sus pensamientos lo invaden y sale poco de su celda, hace aproximadamente 3 semanas empezó a sentir mareos y vómitos, su estado de ánimo es irritable, enojado, no quiere que nadie lo mire, sospecha que alguno de sus compañeros de patio está estudiándolo para perjudicarlo, el paciente consume sustancias desde los 10 años de edad, ha recaído en varias ocasiones, hace 6 meses dejó de consumir, refiere que consumía heroína, morfina, cocaína y marihuana, indica que en varias ocasiones ha sentido ciertos síntomas, sin embargo en esta ocasión al ingresar al centro empezó a sentirlos de manera más intensa, tiene miedo que su vida corra peligro, se mantiene ansioso el momento de salir de su celda, manifiesta que tiene una sensación de ahogo y preocupación por mantenerse mucho tiempo en prisión, sin embargo, en su formulación contradictoria de su historia supo revelar que dejó de consumir exactamente hace 3 meses y 3 días oficialmente, las dosis que solía consumir específicamente eran de cocaína y heroína, presenta demasiada dificultad para concentrarse, sus emociones son mayor mente exacerbadas, le cuesta relacionarse, indica que se agota con facilidad, lo invitan a jugar vóley pero refiere que no puede jugar ni un solo partido, ya que cuando juega está preocupado por que no va salir de la cárcel y se encuentra perdiendo el tiempo.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La PPL se encuentra detenida desde hace 7 meses, manifiesta que la intensidad de sus síntomas incrementaron desde hace 3 meses y 3 días a partir de su ingreso al centro, remite un cuadro sindrómico con síntomas afectivos tales como labilidad afectiva, sentimientos de tristeza, preocupación excesiva por jamás poder salir del centro de privación de libertad, exacerbación en sus emociones, irritabilidad, sentimientos de abandono y desesperanza, en lo cognitivo presenta síntomas de desconcentración, en ocasiones no conecta adecuadamente sus ideas, sus pensamientos son exagerados y fuera de contexto con la realidad, pensamientos (obsesivos), presenta un pensamiento ansioso, preocupación excesiva por situaciones, pensamiento anticipatorio a eventos futuros, ansiedad, nervios, tensión muscular, estrés, sudoración en manos y cuerpo, temblores, vómitos, mareos, llanto repentino, lagrimeos, fatiga.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

Familia reconstruida.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Refiere que existen antecedentes por parte de uno de sus tíos, el mismo que consumía sustancias, ingresando a rehabilitación por varias ocasiones, sin embargo, falleció con una sobredosis. No existen antecedentes familiares asociados a enfermedades médicas crónicas, por parte de su madre indica que su abuela padecía de trastornos del sueño y Parkinson, el cual fue diagnosticado a los 75 años de edad.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**PLANTA BAJA**

1 sala

1 garaje

1 bodega

1 baño general

1 cocina

1 comedor

1 patio

SEGUNDA PLANTA

4 habitaciones

1 sala

1 balcón

Refiere que habitaba en una casa de 2 plantas, la cual arrendaba en el cantón San Miguel y contaba con todos los servicios básicos, el costo mensual era de 120 dólares, la casa contaba en la primera planta con una sala, garaje, bodega, baño general, cocina, comedor y patio, mientras que la segunda planta de la vivienda cuenta con 4 habitaciones, que eran ocupadas por los 3

hijos de la PPL y una que era compartida con la pareja, todas las habitaciones independientes, cada una cuenta con su baño particular, una sala y un balcón.

Actualmente quien sostiene los gastos es la pareja de la PPL, quien vive con sus dos hijos.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

En referencia al periodo de gestación, fue un hijo no deseado debido a que no era planificado, diciéndole su padre: “eres error de coincidencia” durante su adolescencia, refiere que no ha hablado acerca del parto ni del nacimiento con su madre porque lo abandonó a los 7 meses de haber nacido y su padre es reservado en ese tipo de temas, además recibía maltrato desde muy pequeño por parte de su padre, manifiesta que esos comportamientos y actitudes pueden ser producto del mismo abandono de la pareja. Indica que nació en el cantón Chimbo en el hospital del Ministerio de Salud Pública, ya que vivían en el mismo cantón, en el barrio San José, resultando ser el centro de atención médico más cercano.

Con respecto al desarrollo psicomotor, refiere que no tiene conocimiento, debido a que no vivía con su madre, indica que con el padre y la madrastra no ha entablado esos temas de conversación; en su niñez, a los 5 años de edad, menciona que se cayó de la tercera planta, ya que se encontraba jugando con unas primas y se resbaló, cayendo hasta el piso que era de cemento, al pasar este trágico accidente, se quedó en coma durante 2 años, al despertar vio a su padre, sus primas y a su madrastra, le comentaron sobre la situación en la que se encontraba, que se había caído y fue llevado al hospital, al dialogar con el padre le supo manifestar lo que había ocurrido y que cumplía 7 años, fue cuando tomó conciencia del día y la fecha, relata que tenía una fractura en la cabeza, pero no recuerda la existencia de algún diagnóstico, además menciona que le enviaron un tratamiento por 2 años con varios medicamentos, los cuales ingirió durante un año consecutivo y después de ello dejó de hacerlo.

6.2. ESCOLARIDAD

En la etapa de la escolaridad, refiere que ingresó a los 4 años de edad en la escuela “Juan Celio Zecaira” ubicada en el cantón Chimbo, menciona que su adaptación social fue muy buena en los primeros días, manteniendo interés por el aprendizaje al inicio, posterior a esto no se adaptó a la etapa estudiantil, debido a que se consideraba rebelde y descortés con sus compañeros, les

agredía verbalmente, amenazándolos y diciéndoles “voy a matar a tu familia si me molestas o me haces algo”, indica que todo lo decía por enojo, manteniendo un nivel regular y variante en calificaciones, sin embargo, aprobó todos los años de educación básica en la misma escuela, menciona que a los 10 años empezó a relacionarse con malas amistades, siendo influenciado por personas mayores a él, de 20 a 25 años aproximadamente, los cuales le enseñaban a hackear cuentas (no aprendió), falsificar firmas (no aprendió), robar, falsear candados, ingresar a las viviendas, estudiando la misma para entrar sin problemas, observando cuántas cámaras existen y como desconectarlas, a pesar de ello, indica que tenía miedo a la policía al principio, ya que le podían detener y encarcelar, sin embargo, con el tiempo empezó a delinquir al igual que sus amigos mayores, por lo que no ayudaba a realizar ninguna actividad en su hogar.

En la secundaria, ingresó a los 12 años de edad, en el Colegio “Corina Parral”, perteneciente al cantón Chimbo, en la jornada matutina, adaptándose de manera adecuada a su nuevo entorno escolar, sin embargo, se retiró en primer curso debido al consumo existente; posterior a ello a los 13 años de edad ingresó en el Colegio Nocturno “Chimbo”, refiere que se matriculó él mismo con la ayuda de un amigo que se hizo pasar por su padre, falsificando la firma y sin tener inconvenientes, debía asistir 2 a 3 veces por semana a sus clases, a pesar de ello, le daba más importancia a sus amigos y no asistía, aprobó el año solo presentándose a los exámenes, pagando o amedrentando a los maestros “mis amigos les amenazaban a los profesores para que me hagan pasar de año”; en cuanto a su adaptabilidad, no fue adecuada, ya que le gustaba estar solo y no relacionarse con nadie en su colegio, considerando un rendimiento escolar regular y relacionándose con malas amistades que había conocido antes, además, no tenía emoción por sus estudios, por lo que empezó a realizar malos actos desde una edad temprana, en décimo año de educación básica desistió de sus estudios a la edad de 16 años.

6.3. HISTORIA LABORAL

Con respecto a lo laboral, menciona que empezó a trabajar desde los 11 años de edad, relatando lo siguiente: “me dedique a trabajar con mis amigos en robos a viviendas, tráfico de drogas y personas, hacker, falsear candados, yo sé que era ilegal pero no me pagaban mal, por eso lo hacía, claro que al principio me daba miedo de que me metan preso, pero era cuestión de tiempo nomás para acostumbrarme, ya luego me gustaba porque ganaba bastante plata y podía hacer lo que yo quería, era entre 10.000 a 20.000 dólares mensuales que me pagaban mis amigos por

hacer diferentes cosas, trabajé con ellos por 5 años y como no tenía en qué gastar, siempre me iba de viaje, compraba ropa, comida, también me gastaba en bares, mujeres, droga, alcohol y todas las diversiones que encontraba”. A los 16 años se apartó de la mala influencia de sus amigos, debido a que empezaron a realizar actos de mayor gravedad y refiere que no le gustaba esa situación, dedicándose a trabajar de forma lícita a partir de ese momento, realizando labores en la agricultura, albañilería, pintura de casas y en ocasiones menciona que se quedaba en el departamento descansando, ya que no tenía una ocupación estable, mientras trabajaba percibía un valor de 10 dólares diarios y aproximadamente 380 mensual, destinando sus ingresos a la alimentación, arriendo, pago de servicios básicos, vestimenta y educación de sus hijos.

Posterior a ello, menciona que a los 26 años de edad se hizo comerciante de granos, realizando un crédito a un banco y también solicitando dinero a una chulquera, con el objetivo de comprar frejol, chochos, maíz, cebada y trigo en altas cantidades, con la finalidad de entregar a grandes empresas, en ciudades como Quito o Guayaquil, todas las compras y entregas las hacía en el carro de un vecino que le facilitaba con confianza, ya que era su amigo, percibiendo 3.000 dólares mensuales y en ocasiones hasta 5.000, pero indica que ganaba en cantidades altas porque tenía una balanza regulada a su favor, en la que lograba estafar a los propietarios en cantidades elevadas para cancelar menos dinero.

Dentro del centro de privación de libertad, la PPL se encuentra realizando artesanías como árboles, bicicletas, motos, arañas, hormigas, escarabajos, escorpiones, entre otros, todos estos diseños son hechos con alambre, los cuales son vendidos en la parte exterior mediante la colaboración de la pareja, refiere que ella le ayuda a vender y es la encargada del dinero. Además, son enviados a su hogar como obsequio para sus hijos, el trabajo que realiza es esporádicamente.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Sus amigos le llamaban y menciona “teníamos trabajos que hacer” como secuestros, robos, falsificaciones, entre otros actos ilícitos, perteneciendo a un grupo en la ciudad de Ambato, además, indica que en las únicas personas que podía confiar eran sus amigos, a los cuales respeta y respalda, se alejó de ellos al ingresar a un grupo de ayuda social, en el cual recolectaban víveres y vestimenta para personas de escasos recursos, menciona que era algo que disfrutaba hacer y conoció a diferentes personas con quienes compartió gratos momentos.

Con respecto a las relaciones personales, indica que no ha llegado a la casa desde que tenía 15 años por el maltrato que existió por parte del padre, la madrastra es buena y dialoga, tienen una buena comunicación, además menciona que no recibe visitas de su padre por lo que no tiene tiempo al encontrarse trabajando, mientras que su madrastra le ha visitado en una sola ocasión preguntándole cómo se encuentra y compartiendo con ella comentarios sobre cómo se encuentran en su estado de salud, menciona que le gustaría tener la visita de su madre biológica para poder hablar y pedirle perdón por las cosas que siempre le ha dicho, mejorar sus creencias y comentarios infundidos por su padre, indica que su pareja le ha venido a visitar siempre que existe la disposición de la autoridades, debido a que existen restricciones de emergencia sanitaria a nivel nacional; además, asistió a las charlas desarrolladas por el departamento de psicología, con los diferentes temas: “Prevención sobre el consumo de alcohol y otras sustancias” “Reinserción Social” “Desarrollando habilidades para la vida”, en donde se mostró atento y participativo.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE

En sus tiempos libres, refiere que ocasionalmente se acerca al infocentro a observar películas y escuchar música, pero lo hace muy pocas veces, debido a lo que se encuentra padeciendo.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

La relación con sus padres es considerada distante, pues existe poca comunicación, ya que su padre siempre le ha maltratado “me dijo que me quería matar y yo le dije que le quería matar”, por lo cual no mantienen una relación cercana, a los 18 años se encontraba solo ya que se separó de su pareja, refiere que fue producto del consumo de drogas que mantenía, ya que no podía dejar de consumir, en ese entonces era la madrastra con la que tenía una relación de amistad cercana y afectuosa, diciéndole que deje de consumir, que enmiende su vida y que se aleje de las malas amistades, mientras que con sus hermanas se relaciona adecuadamente y mantienen comunicación afectuosa, pero a su hermano nunca lo conoció.

En el ámbito sexual, experimenta su primera relación sexual a los 13 años de edad, con una amiga de 14 años, considerándolo como placentero y satisfactorio, pero refiere que se encontraba tímido, nervioso, ya que fue su primera vez y no sabía que era tener relaciones, añade que no mantuvo una relación sentimental (eran solo amigos), teniendo relaciones coitales en una sola ocasión, debido a que se encontraban bajo los efectos de sustancias psicoactivas y

tenían temor de que quede embarazada, por lo cual no volvió a tener encuentros sexuales, pero sí personales, indica que consumían sustancias juntos. Posterior a ello, a los 16 años se hizo de compromiso con una chica de 18 años de edad, la cual es la pareja actual, viviendo juntos en unión libre por muchos años, se separaron en varias ocasiones por el consumo que mantenía la PPL, con la que procreo 3 hijos.

6.7. HÁBITOS

El paciente menciona que no ha consumido drogas desde hace aproximadamente 6 meses, actualmente no mantiene hábitos de drogadicción (presuntivamente).

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

En los hábitos alimenticios la PPL refiere que actualmente no mantiene un nivel saludable, ya que no se acerca en los horarios establecidos de comida, indicando que existen algunos días en que no tiene apetito y otros días en que no come nada, además de añadir el temor que presenta al salir de su celda.

6.9. HISTORIA MÉDICA

El paciente no posee historial médico registrado, menciona que se accidentó a los 5 años de edad, siendo intervenido quirúrgicamente, sin embargo, no se menciona si es alérgico a algún medicamento u otro tipo de afecciones médicas más que las derivadas por el consumo de sustancias y el trabajo realizado en rehabilitación.

6.10. HISTORIA LEGAL

En relación con el conflicto con la ley, menciona que estaba en un burdel, tenía que encontrarse con dos amigos, pero no llegaron, después le llamaron a decirle que se encontraban en la ciudad de Guaranda y que se acerque para allá. Se dirigió a un burdel privado llamado “La Laguna” y se encontró con sus amigos para beber wiski y consumieron marihuana e inyectaron heroína, al salir de ese lugar le fueron a dejar en donde su expareja en el carro de uno de sus amigos; al llegar al lugar se queda descansando en la cama con su expareja y llega la sobrina ella, la PPL indica que la sobrina quiso estar con él, pero al mantener una relación con la tía se negó. Al día siguiente fue implantada la denuncia por la sobrina a causa de violación, indica que en ese momento estaba en la casa de su padre, tranquilo porque no tenía conocimiento de la denuncia, indicando que no recuerda nada acerca de lo sucedido y que no existen pruebas en su contra,

además menciona que no tiene nada que ver con el hecho, después de aquello fue detenido a los 2 años, ya que le estaban buscando mediante una foto, la policía se da cuenta que se encontraba en la ciudad de Guayaquil porque abrió su cuenta de Facebook, “un amigo me escribió a preguntarme en donde estaba y no pensé que me iba a dar la espalda”. Posterior a ello, le detuvieron las personas de la policía judicial en un hotel y fue registrado a una Unidad de Policía Comunitaria, en el cual estuvo 3 días (viernes, sábado y domingo), hasta tramitar su traslado al Centro de Privación de Libertad Masculino Bolívar N°1, a los 6 meses tuvo una audiencia, en la cual se dictó sentencia para 19 años.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Su proyecto de vida, es dedicarse a estudiar en el centro hasta el día de su liberación, matriculándose en el período del colegio que está cerca de empezar, refiere que quiere seguir estudiando y a futuro convertirse en abogado, para poder ayudar a las personas que injustamente se encuentran detenidas y de la misma manera poder llevar el sustento a su hogar y de esa forma ayudar a su familia.

7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA

Persona de 30 años de edad, aproximadamente de 1.68 de estatura, de tez trigueña, contextura delgada, se presenta a la entrevista psicológica con ropa deportiva, se muestra despreocupado por su imagen, su actitud es evasiva y no hace contacto visual, constantemente está mirando a los lados ya la puerta, sus movimientos son dirigidos a sostener su discurso, su lenguaje corporal es de confianza, establece bloqueos, sin embargo es evidente su intención de comunicar, cuando habla de temas delicados como los de su madre o su padre adopta una posición fetal, la cual podría indicar sentimientos de soledad y se refugia en su propio discurso, las palabras que emplea la PPL tienen de naturaleza coprolalia.

7.2. ORIENTACIÓN

La PPL en ciertos momentos olvida que se encuentra en la entrevista, lo que denota que no se encuentra adecuadamente en tiempo y espacio, constantemente se pierde en su discurso.

7.3. ATENCIÓN

La PPL tiene una importante dificultad para dirigir la atención a las preguntas que se le realiza, constantemente evoca sus pensamientos de preocupación, cambia de tema y olvida el hilo de conversación creada por sí mismo, en varias ocasiones repetimos las preguntas, además que a cada momento estaba prestando mayor atención a la salida.

7.4. MEMORIA

La PPL muestra buena memoria, ya que puede contar con facilidad los acontecimientos de su pasado, recreando con precisión sus recuerdos, aunque constantemente confunde sus historias minimizando y maximizando aspectos irrelevantes.

7.5. INTELIGENCIA

No se logró obtener información precisa acerca de su coeficiente intelectual, ya que se priorizo los aspectos de la personalidad de la PPL.

7.6. PENSAMIENTO

Su pensamiento altamente alterado muestra preocupación excesiva, pensamientos obsesivos acerca de su situación en la cárcel o las situaciones que se pueden presentarse dentro de ella. (tiene importantes distorsiones cognitivas).

7.7. LENGUAJE

Mantiene un lenguaje coprológico poco fluido, aversivo e incoherente en ciertas situaciones expuestas durante la entrevista psicológica.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Durante la entrevista se muestra inquieto y bastante nervioso, evita hacer contacto visual, alternando también con quietud.

7.9. SENSOPERCEPCIÓN Muestra alteraciones en su Sensopercepción, presenta alucinaciones auditivas, en ocasiones despierta con pesadillas y escucha su nombre por varios segundos e incluso minutos, además, existen alteraciones visuales, las mismas que probablemente están inducidas por un consumo de sustancias.

7.10. AFECTIVIDAD

Manifiesta evidentes sentimientos de tristeza, desesperanza, soledad, y llanto repentino.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

La PPL está consciente de las circunstancias que está atravesando, mas no es consciente de su estado psicológico (ya que aduce estar bien y que ya es normal en él) no obstante, se nota bastante preocupado por sus pensamientos, de tal manera que está consciente que necesita ayuda.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La PPL está consciente de las circunstancias que está atravesando, más no es consciente de su estado psicológico (ya que aduce estar bien y que ya es normal en él) no obstante, se nota bastante preocupado por sus pensamientos, de tal manera que está consciente que necesita ayuda.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

La PPL no tiene recuerdos de gran parte de su infancia, sin embargo, se logró recabar información importante como los maltratos recibidos por parte de su padre, al mismo a quien odia por todos las agresiones recibidas tanto físicas como psicológicas, de la misma manera a su madre por el abandono desde su infancia temprana, existe ideación suicida, se siente demasiado triste por la muerte de su hija hace tres meses, en ocasiones menciona que tiene constantes pesadillas con su hija, en la que la ve muerta, cuando despierta se siente culpable y con baja autoestima por no haber hecho nada por salvarla, ya que se encontraba en prisión, se puede decir que esto lo mantiene en un ciclo de pensamientos suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

- Escala de Ansiedad de Hamilton
- Test “HTP”

Escala de ansiedad de Hamilton:

En base a los resultados obtenidos, el paciente registró un puntaje de 17 puntos en la escala de ansiedad psíquica, lo que denota en el paciente un estado de ánimo ansioso acompañado de temores y miedos específicos, así como la dificultad para conciliar el sueño, dificultad para

concentrarse y un estado de ánimo deprimido, de la misma manera obtuvo un puntaje de 16 puntos en la escala de ansiedad somática que remite dolores musculares, rigidez, visión borrosa, escalofríos, sensación de desmayo, dificultad para respirar, el paciente por ende obtuvo una calificación total de 33 puntos que en base a la escala de ansiedad de Hamilton es considerada como una ansiedad **MODERADA**.

Test “HTP”

- La PPL es idealista con muchas aspiraciones y proyecciones hacia el futuro, se encuentra orientado en tiempo y espacio vive el aquí y el ahora, tiene desequilibrio emocional, inseguridades, tendencias a lo concreto y lo material, presenta dificultades para adaptarse al medio, muy inseguro y tradicionalista, es muy observador y calculador, e impulsivo en su toma de decisiones.
- El paciente tiende a ser inescrupuloso en su forma de proceder ya que posee un pensamiento elaborado, sus emociones y sentimientos tiende a ser muy variable, esto debido posiblemente a su personalidad introvertida, ya que es muy cerrado en sí mismo, al igual que sus relaciones sociales, con pensamientos idealistas, en los aspectos familiares es muy hermético y meticuloso.
- Su personalidad está configurada por sentimientos débiles, inseguros ansiosos, además muestra dificultad para resistir obstáculos, su falta de estabilidad emocional lo dificultan en ocasiones a tener contacto con la realidad, es ambicioso y egocentrista e inteligente, en las relaciones con sus semejantes se muestra desconfiado, y oculta sus emociones en la entrevista se mostraba inquieto.
- Se percibe a sí mismo como centrado en pensamiento y acción, esto posiblemente debido a sus rasgos subjetivos y prejuicios de su realidad, dificultando su capacidad de introspección, acepta la opinión únicamente de sus semejantes o personas que proceden de la misma manera que él, su libido es potente, aunque se encuentran ciertas preocupaciones por su sexualidad, denota un temperamento fuerte e impulsivo.
- Además, la PPL denota tanto en el test como en la entrevista ciertos rasgos paranoides de sospecha, además de sus tendencias por la frustración.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
Cognitivo/Pensamiento	<p>Desconcentración</p> <p>Pensamientos obsesivos (creo que va a pasar algo malo en la cárcel debo estar atento y prevenido)</p> <p>Me preocupa que me vayan atentar contra mi vida</p> <p>Me imagino lo que me van hacer y cómo me lo van hacer</p> <p>Constantemente pienso en que es lo que me harán primero</p> <p>Alteración de la atención</p>	<p>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</p>
Afectivo	<p>Sentimiento de tristeza</p> <p>Baja autoestima</p> <p>angustia</p> <p>inseguridad</p> <p>intimidación</p> <p>preocupación excesiva</p> <p>desesperanza</p> <p>nerviosismo excesivo</p> <p>miedo</p> <p>labilidad afectiva</p> <p>ansiedad</p> <p>sentimientos de culpa</p> <p>irritabilidad</p> <p>sentimientos de enojo</p> <p>ataques de pánico</p> <p>apatía</p>	
Conducta social – escolar	<p>Impulsividad</p> <p>Aislamiento</p> <p>Distanciamiento</p>	

Somática	Mareos vómitos tensión muscular temblores fatiga sudoración lagrimeos	
-----------------	---	--

9.1. FACTORES PREDISPONENTES

Maltrato y abandono por parte del padre de la PPL en su infancia, inicio temprano de consumo de sustancias, delincuencia, delitos, muerte de su hija y consumo de drogas.

9.2. EVENTO PRECIPITANTE

Consumo de sustancias y la posterior sentencia de 19 años de privación de libertad por presunto abuso sexual.

9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Hace 7 meses aproximadamente.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

En base a los resultados obtenidos la PPL cumple con los criterios de diagnóstico establecidos por el DSM-5 para un trastorno de ansiedad generalizada ubicada y codificada como (300.02) y en el CIE-10 como (F41.1)

11. PRONÓSTICO

Se puede indicar que existe un pronóstico favorable, debido a que el paciente solicitó ayuda voluntariamente a consulta, aunque cabe mencionar que existe sospecha de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.

12. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que se inmiscuya en actividades de recreación.
- Psicoterapia individual, con el objetivo de trabajar los síntomas de la ansiedad, además es recomendable el acompañamiento psiquiátrico para controlar síntomas depresivos ansiosos y la desregularización del sueño.
- Desintoxicar a la PPL.
- Necesita medicamentos antidepresivos, no logra conciliar el sueño adecuadamente y tiene mucha ansiedad.
- Además; que el paciente salga de su rutina cotidiana, que realice diferentes actividades, en las cuales pueda desarrollar sus habilidades y se preocupe un poco más de su vida personal.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<p>Cognitivo/Pensamiento:</p> <p>“Pienso que mi vida puede correr peligro”</p> <p>“Me preocupa demasiado tener que quedarme demasiado tiempo en este lugar”</p> <p>“Me imagino lo que me harán y como me lo harán”</p> <p>“Pienso que me están esperando a ver como reacciono para atacarme en</p>	<p>Modificar los pensamientos ansiosos de preocupación excesiva.</p> <p>Ayudar a la PPL a controlar sus pensamientos ansiosos.</p>	<p>Registro de pensamientos.</p> <p>Examinando evidencias.</p> <p>Detección de pensamientos automáticos.</p>	3	<p>14/06/2021</p> <p>24/06/2021</p> <p>01/07/2021</p>	<p>Se disminuyeron al menos momentáneamente los pensamientos detrás de la preocupación excesiva.</p> <p>El paciente logró controlar en una medida modesta sus pensamientos.</p>

cualquier momento”					
Afectivo: Sentimiento de tristeza. Baja autoestima. Angustia. Inseguridad. Intimidación. Preocupación excesiva. Desesperanza. Nerviosismo excesivo. Miedo. Labilidad afectiva. Ansiedad. Sentimientos de culpa. Irritabilidad. Sentimientos de enojo. Ataques de pánico. Apatía.	Explicar cómo los pensamientos influyen en el estado emocional y comportamental Ayudar a la PPL a controlar las emociones generadas por sus pensamientos	Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos. Relajación progresiva de Jacobson. Descatastrofización. Programación de actividades. Retribución.	4	07/07/2021 15/07/2021 21/07/2021 28/07/2021	Lograr que el paciente pueda mantener el control de sus emociones.
Somático: Mareos. Vómitos. Tensión muscular. Temblores. Fatiga.	Psicoeducar a la PPL sobre las consecuencias emocionales.	Flecha ascendente			Se ha logrado disminuir en un 50% los síntomas somáticos.

Sudoración.					
Lagrimosos.					



MELENDREZ NUÑEZ LOURDES KARINA
C.I. 020233793-7

ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Anexo 2

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON



Nombre *Casas Alex Manuel*
 Unidad/Centro *CDL B*

Fecha
 N° Historia *003*

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones,	0	1	2	3	4

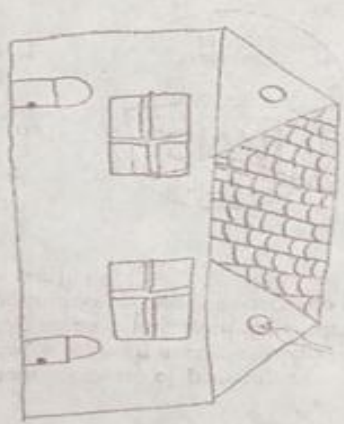


7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	17
Ansiedad somática	16
PUNTUACIÓN TOTAL	33

TEST "HTP"

Bonohono Centras



Case of 1996

Barahona Cunas Alex

