



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



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

“ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN UNA PERSONA AMPUTADA DEL
MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR UN ACCIDENTE
AUTOMOVILÍSTICO EN EL HOSPITAL DR. ABEL GILBER PONTÓN”

AUTOR:

KELLY DEL ROCÍO GUACHICHULCA ESPINOZA

TUTOR:

MSC. NARCISA DOLORES PIZA BURGOS

BABAHOYO – 2021



RESUMEN

El pasar por una experiencia de amputación de una parte del cuerpo, produce cambios importantes tanto a nivel físico como psicológico en el individuo afectado. En el presente estudio de caso se realizó de manera detallada una exhaustiva revisión bibliográfica con el objetivo de describir con amplitud los diferentes aspectos psicosociales que forman parte de dicha experiencia y de igual forma plantear las diferentes técnicas que se le aplicará a la paciente en el proceso psicoterapéutico.

Entre las diferentes variables que resultaron afectadas podemos encontrar; la adaptación de la paciente en su entorno, el manejo de la sensación de dolor, la presencia del síndrome del miembro fantasma, las alteraciones en la autoimagen, expresión de las emociones, autoconcepto y de forma semejante la presencia de síntomas depresivos y ansiosos.

Para la realización de la investigación se emplearon técnicas para la recolección de la información, como la entrevista, la observación, baterías psicométricas y posteriormente se diseñó un esquema psicoterapéutico que es el plan que se sigue para trabajar con la paciente, en donde se emplean técnicas cognitivas conductuales que nos permite reconocer los pensamientos que perturban a la paciente y tratar la ansiedad. Con la guía de la autora elaborar una solución de manera objetiva.

Palabras claves: Amputación, síndrome del miembro fantasma, ansiedad, baterías psicométricas, técnicas cognitivas conductuales.

ABSTRACTS

Going through an experience of amputation of a part of the body produces important changes both physically and psychologically in the affected individual. In this case study, an exhaustive bibliographic review was carried out in a detailed way with the aim of fully describing the different psychosocial aspects that are part of said experience and, in the same way, suggesting the different techniques that will be applied to the patient in the process. psychotherapeutic.

Among the different variables that were affected we can find; the adaptation of the patient to her environment, the management of the sensation of pain, the presence of phantom limb syndrome, alterations in self-image, expression of emotions and self-concept, and similarly the presence of depressive and anxious symptoms.

To carry out the research, techniques were used to collect information, such as interviews, observation, psychometric batteries and later a psychotherapeutic scheme was designed, which is the plan that is followed to work with the patient, where techniques are used. cognitive behavioral that allows us to recognize the thoughts that disturb the patient and treat anxiety.

With the author's guidance, develop a solution objectively.

Keywords: Amputation, phantom limb syndrome translator, anxiety, psychometric batteries, cognitive-behavioral techniques.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCIÓN. ..	¡Error! Marcador no definido.
[CERTIFICACIÓN DE PORCENTAJE DE SIMILITUD CON OTRAS FUENTES EN EL SISTEMA DE ANTIPLAGIO]	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	ii
ABSTRACTS.....	iii
ÍNDICE.....	iv
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVOS	3
SUSTENTO TEÓRICO	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	11
RESULTADOS OBTENIDOS	12
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Se realizó la investigación con la finalidad de conocer cuál es la influencia que genera la ansiedad en una persona amputada de 29 años de edad. Esta área de investigación corresponde a las líneas de prevención y diagnóstico y la sublínea en el funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar. Se hace énfasis en aquellos pensamientos automáticos y distorsionados que generan ansiedad en la paciente, se comprenden que experimente esta situación, ya que es provocado de manera involuntaria y a veces quien lo experimente ignora que los está teniendo.

Las personas que han sido amputadas tienen cambios dificultosos negativos como en el funcionamiento físico, la pérdida de habilidades, experimentar cambios a nivel de las relaciones sociales, acostumbrarse a usar muleta o prótesis, experimentar sensaciones dolorosas, tener cambios en el panorama laboral y por ende en el estatus económico. Además, pueden sufrir alteraciones en la autoimagen, el auto concepto y la autoestima provocándole desequilibrio emocional.

Afortunadamente, se encuentran personas ante esta situación quienes, a pesar de tener alteraciones estructurales, intentan adaptarse a sus nuevas condiciones y continuar con sus vidas, asumiendo los diversos cambios que se producen. No obstante, la experiencia de recuperación se asocia a la pérdida de una parte del cuerpo que formaba parte del esquema mental corporal que tiene la persona.

A menudo, quienes pasan por un proceso de amputación de un miembro tiene la sensación continua de que la parte del cuerpo que le hace falta todavía está presente. Además de esta sensación, también puede darse dolor del miembro amputado que usualmente se cronifica. Esto conlleva alteraciones psicológicas y sociales debido a un proyecto de vida reconstruida, afectando a la esfera biopsicosocial, las relaciones sociales, cambios en el estado de ánimo, disminución del autoestima y pensamientos de inutilidad que, a no ser tratados a tiempo, pueden generar diferentes trastornos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de esta investigación es importante para proveer de experiencia al investigador permitiéndole abordar y adquirir conocimientos e información concreta acerca de la ansiedad del paciente producido por aquel accidente automovilístico y su influencia que conlleva a la amputación de su miembro inferior y la aparición del síndrome del miembro fantasma, el mismo que implica limitaciones a nivel personal, social y laboral, simplificando así su calidad de vida.

En este trabajo, la beneficiaria directa es Susana Mora Velásquez de 29 años de edad, paciente del área de traumatología en el hospital “Dr. Albert Gilbert Pontón” en la ciudad de Guayaquil. A la paciente se le brindará la ayuda psicológica necesaria para contrarrestar su ansiedad y los pensamientos distorsionados, previniendo así demás afecciones de las que ya padece. Por consiguiente, la investigación se desempeñará como referente bibliográfico para futuras investigaciones que aborden esta problemática o aproximaciones al mismo, conservando la información teórica y las técnicas actualizadas.

Por otra parte, la investigación dará paso para trabajar en el aspecto psicosocial y psicoterapeuta con la paciente. Es factible realizar este estudio debido a la falta de tratamiento de elección, por ello se aportará una información detallada para facilitar la intervención y el cuidado que amerita.

La paciente cuenta con predisposición a pesar de que los medios necesarios para lograr intervención, como son los medios digitales y el acceso a internet sean de tiempo limitado por las diversas ocupaciones que tiene.

OBJETIVO

Objetivo general

Contrastar la ansiedad y su influencia en una persona amputada del miembro inferior derecho a causa de un accidente automovilístico, el mismo que provocó perturbaciones y pensamientos automáticos y así poder mejorar su estilo de vida mediante tratamientos psicosociales y psicoterapéutico.

SUSTENTO TEÓRICO

Ansiedad

Basándonos en la definición según Wanjala (2019) “La ansiedad está basada en la respuesta de lucha o huida, que aparece tras un acontecimiento estresante. Cuando una respuesta ansiosa normal se lleva a otro nivel, entonces puede considerarse en un trastorno” págs. 8-9., es decir, la ansiedad es un estado de inquietud e inseguridad ante un evento adverso.

La respuesta de “lucha o huida” está asociada a una situación de estrés. Sin embargo, cuando el individuo está ansioso o preocupado sin razón alguna es cuando ya empieza a ser un problema. Este sentimiento de miedo no le permite a la persona realizar sus actividades diarias como de costumbre porque no puede tener un control de los pensamientos negativos, producidos por una inquietud involuntaria de los acontecimientos en comparación del peligro real.

Los trastornos de ansiedad suelen manifestarse de forma grupal (comorbilidad) con otras afecciones, como por ejemplo cuadros depresivos, abuso de alcohol, trastorno compulsivo, trastorno bipolar y psicótico. De la misma manera su aparición se relaciona con enfermedades no psiquiátricas que provocan un gran impacto en la vida diaria del paciente, como son enfermedades respiratorias, migrañas, cuadros gastrointestinales, enfermedad cardiovascular y la lumbalgia, entre otras.

Síntomas

La ansiedad se presenta a nivel mental y físico.

- **Síntomas mentales:** preocupación constante, cansancio, irritabilidad, agitación y problemas para concentrarse y conciliar el sueño

- **Síntomas físicos:** taquicardia, dificultad para respirar, sudoración excesiva, tensión muscular, temblores, mareos, desmayos, indigestión. diarrea y dolor de cabeza Monje (2021).

Causas

Indica SEMI (2021) existen tres factores que pueden provocar un cuadro de ansiedad;

- **Causas genéticas:** La ansiedad puede heredarse a través de los genes. Según el historial médico de la paciente, ninguno de sus familiares sea paterno o materno ha sufrido de un cuadro de ansiedad.
- **Causas circunstanciales:** Ya sean hechos traumáticos como un accidente de tráfico, un atentado o un incendio pueden provocar ansiedad. En estos casos, el sentimiento de ansiedad puede desaparecer cuando termina el problema o bien este permanece durante meses o años. Es lo que se conoce como trastorno de estrés postraumático. Basándonos en el concepto ya antes mencionado, la ansiedad de nuestra paciente surgió a causa de un accidente de tráfico, el mismo que le dejó como secuela una amputación de su miembro inferior.
- **Consumo de drogas:** Las anfetaminas, el éxtasis o el LSD son sustancias estupefacientes que pueden causar ansiedad. Para algunas personas, también la cafeína pueden producirla. Se tiene conocimiento por la propia paciente que a lo largo de su vida hasta el día de hoy no ha consumido ningún tipo de droga.

Tipos de Trastornos

Monje manifiesta 5 diferentes tipos de trastornos:

- **Trastorno de ansiedad generalizada:**

Se trata de una tensión crónica aun cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración de 6 meses p.5. En consecuencia, a este tipo de trastorno la persona afecta no puede realizar sus actividades diarias con normalidad porque le es difícil controlarla y la mayoría de su tiempo pasa ansiosa o preocupada respecto a muchas cosas.

- **Trastorno de pánico (o ataque de angustia):**

La paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente. Se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que

la padece crea que va a morir. Estos ataques repentinos de miedo intenso no tienen una causa directa. En algunas ocasiones, los pacientes que adolecen este trastorno desarrollan angustias a experimentar el próximo ataque, cuya ocurrencia no pueden prever, es la llamada ansiedad anticipatoria p.5. Hace mención a ataques de pánico de forma repentina, la misma que dura varios minutos o más. El individuo tiene un gran temor a los desastres o miedo a perder el control, incluso cuando no hay un peligro real.

- **Trastorno fóbico**

Este trastorno tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar, a los pájaros o a los espacios abiertos p.5. Alude al miedo abrumador a situaciones u objetos que proyectan un peligro real pequeño a la paciente, pero este mismo le provoca ansiedad y comportamientos de evitación.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo:**

Se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad. En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones, Por ejemplo: lavarse las manos a cada rato p.6., es decir, la persona que sufre este trastorno no puede controlar sus pensamientos obsesivos o sus comportamientos compulsivos, incluso aun reconociendo que cuyos pensamientos y comportamientos son excesivos.

- **Trastorno por estrés post-traumático**

Se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, un accidente, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos p.6. A consecuencia de, un evento atemorizante suscitado en la vida de la paciente se le imposibilita recuperarse después de experimentarlo o presenciarlo. Este trastorno puede llegar a durar meses y hasta años.

¿Qué es el pensamiento?

Basándonos en la definición según Raffino (2020). “El pensamiento es la operación intelectual de carácter individual que se produce a partir de procesos de la razón.

Los pensamientos son productos que elabora la mente voluntariamente a partir de una orden racional o involuntariamente a través de un estímulo externo”. Por esa razón, cualquier obra que represente ciencia o arte es resultado de manera preliminar de un pensamiento madre que se extiende y se complementa con otros.

¿Cómo se origina el pensamiento?

La corteza prefrontal es el pegamento de la cognición: allí se coordinan los procesos neuronales que permiten repetir una palabra o determinar una emoción facial. La corteza prefrontal coordina la actividad para ayudarnos a reaccionar ante una percepción. Mediante una técnica conocida como electrocorticografía se puede detectar actividad en la delgada región externa, donde se produce el pensamiento. Inicialmente, las áreas sensoriales de la corteza auditiva y visual se activan para procesar señales audibles o visuales Behaviour (2018).

En efecto se puede decir que la actividad que está realizando la corteza prefrontal es la que dirige a la percepción para que realice una acción y es así que en el pegamento de la cognición es donde se produce el pensamiento, el mismo que tiene en su base en la experiencia o en los recuerdos. El papel del ser humano es convertirse en un observador de todos los acontecimientos que están a su entorno y es así como no solo se limita a las experiencias sino a que los acontecimientos observados también formen parte.

Pensamiento automático

Los pensamientos automáticos son aquellos que vienen de repente a nuestra cabeza sin que podamos evitarlo. “Los pensamientos automáticos suelen ser negativos, cortos, taquigrafiados compuestos por unas pocas palabras concretas o imágenes visuales breves” Delgado (2014). En otras palabras, se produce el pensamiento y surge una emoción.

Los pensamientos automáticos son irracionales o negativos cuando son ilógicos y no consistente con la realidad, la distorsiona y la exageran, como por ejemplo (nunca lo voy a lograr). Estos mismos producen emociones intensas y no nos sirven para conseguir alguna meta y objetivos que nos hayamos propuesto.

“El modelo cognitivo sostiene que la interpretación de una situación, a menudo expresada en forma de pensamiento automático, influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente, también existen acontecimientos que son casi universalmente perturbadores, tales como ser atacados, padecer un rechazo o un fracaso” Beck, 2020, p.103.

En efecto podemos decir que las personas pueden estar conscientes del tipo de pensamiento que experimentan y en ocasiones pueden fijar su atención en él. Los pensamientos pueden relacionarse con recuerdos no gratos que han ido ocurriendo en la vida de las personas y depende de la interpretación que la misma le da. En muchas ocasiones las personas son susceptibles a las emociones que se producen en ese momento.

Basándonos en la definición según Beck “el pensamiento automático constituye un flujo de pensamiento en una experiencia común a todos. Suelen ser breves y fugaces pudiendo aparecer en forma verbal y de imágenes que no surgen de una liberación o de un razonamiento surgiendo de manera espontánea en la mente” p.106.

Distorsión cognitiva o pensamiento distorsionado

“Las distorsiones cognitivas son aquellas maneras erróneas que tenemos de procesar la información” Cuevas (2019) es decir, malinterpretaciones de lo que ocurre a nuestro alrededor, generando múltiples consecuencias negativas.

“Las distorsiones cognitivas son ideas automáticas e involuntarias del pensamiento que son gestoras de una reacción de fuerte contenido emocional que genera perturbación” Rivadeneira (2013). Esto quiere decir que las distorsiones se encuentran ligadas a las experiencias que atraviesa la persona durante toda su vida.

Tipos de distorsiones cognitivas

Existen varios tipos de distorsiones, pero describiremos 6 que plantea Beck (2020):

1. Inferencia Arbitraria: es relativo a la respuesta y se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión p.22. Esto quiere decir que hay circunstancias en que la persona llega a apreciar una situación de manera negativa sin necesidad de una evidencia que lo respalde.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento p.22. De ahí que la persona podría realizar un énfasis en lo que ella misma considera que está mal, minimizando lo que existe en su entorno externo.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas p.22. En efecto, este es un estilo de pensamiento que consiste en un origen general de escenarios ya

suscitados con anticipación, sin base de referencia en que esto se pueda presentar nuevamente.

4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión p.22. Hace mención al peso de valor o disminución que se le asigna a un evento por el que está pasando el individuo.
5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión p.22. Siendo así, como la distorsión que se exterioriza en la persona en modo de ideas, acarrea que se exponga de manera negativa todo tipo de lenguaje corporal o acciones de los demás como propias.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo p.22. Finalmente, esta se caracteriza por una inclinación a valorar sucesos de manera extrema, en donde se dificulta comprobar los aspectos intermedios, posicionándolos en polos opuestos sin estimar matices.

Síndrome del miembro fantasma

“El Síndrome del miembro fantasma son sensaciones de percepción en una extremidad ausente, integrándose en el mismo tres características bien definidas que con frecuencia coexisten en el paciente: dolor por miembro fantasma, sensación por miembro fantasma y dolor en el muñón” Ulloa Morela (2019).

Estas sensaciones de impresión del miembro amputado suelen manifestarse de inmediato tras la amputación. El síndrome del miembro fantasma puede ser muy agobiante y doloroso para la persona amputada tanto que la medicación no puede ayudar ya que la percepción es netamente un tema del cerebro, que imagina la existencia de un miembro que no está ahí.

Existen 3 tipos de sensaciones ante una amputación de una extremidad, las cuales son: sensaciones no dolorosas, dolorosas y dolor en el muñón:

Dolor en el muñón: dolor localizado en el muñón

Sensaciones no dolorosas: “consiste en seguir percibiendo el miembro amputado sin ningún tipo de dolor, con un elevado grado de realidad tanto en sus componentes sensoriales, como motores. Esta sensación está presente en el primer mes tras la amputación hasta en un 90-100% de los pacientes”. Diago Cuartero MC (2012).

Síntomas:

- Hormigueo
- Pinchazos
- entumecimiento
- Calor o frío
- Como si los dedos de las manos o de los pies se estuvieran moviendo
- Como si la extremidad faltante aun estuviera ahí, o como si estuviera en una posición extraña. Dr Tango (2020).

Estas percepciones poco a poco se irán haciendo cada vez más débiles y se sentirán como menos frecuencia. Es muy probable que estas sensaciones nunca desaparezcan por completo

Sensación dolorosa: es un concepto diferente al anterior al que se le denomina dolor del miembro fantasma “este tiene una incidencia de un 50-80%. La gravedad de esto, es que el dolor se incrementa cuanto más proximal es el nivel de amputación, su intensidad es mayor en casos de mal control de analgésicos previo a la amputación”. Diago Cuartero MC (2012).

Síntomas:

- Dolor agudo o punzante
- Dolor persistente
- Dolor urente
- Dolor de tipo cólico. Dr Tango (2020).

En efecto, el conocer la diferencia entre el dolor del miembro fantasma y la sensación de miembro fantasma es esencial. Son afecciones diferentes designadas a sensaciones experimentadas por el propio paciente de manera diferente.

Algunos factores pueden hacer que el dolor del miembro fantasma empeore, tales como:

- Ejercer demasiada presión sobre el muñon o en partes del brazo o la pierna que todavía existe
- Estrés
- Infección
- Una extremidad artificial que no encaja adecuadamente
- Mala circulación
- Hinchazón en la parte afecta Diago Cuartero MC (2012).

Fisiopatología

Estas sensaciones se basan en la persistencia de áreas cerebrales dedicadas a ese miembro que no reciben la respuesta del mismo y generan una descarga espontánea que contamina otras percepciones y se cronifica. Es decir, la patología del miembro fantasma no radica en los nervios periféricos del miembro afectado sino en su proyección cortical. De aquí, que las medidas periféricas, sobre nervios o muñones no generan la eficacia deseada. Vidal (2016).

Tratamiento

Pueden clasificarse como conservador, no conservador, acupuntura y terapia del espejo Santos (2016):

- **Conservador**

La terapia farmacológica: es la modalidad de tratamiento más comúnmente usada para el dolor de miembro fantasma y generalmente no logra el alivio completo p.4.

- **No conservador**

- Bloqueos Nerviosos: son comúnmente usados en el manejo del dolor de miembro fantasma con reporte de alto grado de éxito los primeros días, sin embargo, no es un resultado sostenido. Se ha demostrado que solo 14% de los pacientes reporta mejoría significativa de forma temporal y menos de 5% a largo plazo p.5.
- Neuroestimulación: la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, estimulación de medula espinal, estimulación cerebral profunda del núcleo talámico y estimulación de la corteza motora son los usados en el tratamiento del dolor de miembro fantasma p.5.
- Terapia electroconvulsiva: un reporte de caso de terapia electroconvulsiva con estudio de flujo sanguíneo cerebral regional demostró la reducción eficaz del dolor en algunos pacientes p.6.

- **Acupuntura:** hasta el momento solo existen reportes de casos que describen el efecto de la acupuntura a corto plazo y no hay estudios con un buen diseño metodológico que permita generar conclusiones de su beneficio a largo plazo p.6.

- **Terapia del espejo:** esta alternativa consiste en imaginar el movimiento de la extremidad amputada y al mismo tiempo observar a través de un espejo el movimiento normal de la otra extremidad p.6.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación directa:

En este estudio de caso se utilizó esta guía como un instrumento, el mismo que permitió almacenar datos que ayudaron a elaborar un análisis de los sucesos relacionados con el sujeto de estudio. En esta guía se contribuye acciones expuestas por el individuo las cuales son muy importantes para el observador, porque ayudara a obtener resultados relevantes y reales. Mediante la observación directa que se le realizo a la paciente en una de sus primeras entrevistas, se logró presenciar rasgos de ansiedad, el estado de shock en que la paciente se encontraba, vulnerabilidad y temor a querer afrontar la situación.

Entrevista:

Para esta técnica se utilizó la historia clínica, el cual es un instrumento que nos ayudó a recopilar información desde su historia personal, convivencia familiar, social y afectiva. De la misma manera se evidencia su desenvolvimiento en el medio social, traumas o ideas suicidas que pueden llegar a ser muy importante para su condición actual, además también se valora el estado mental de la paciente. Toda esta recopilación de datos nos ayudara a elaborar el cuadro sindromico y posterior a esto tener un juicio para luego hacer la respectiva planificación correspondiente al caso. Por otra parte, en la historia clínica se pudo evidenciar la situación socioeconómica en la que vive la paciente, sus carencias y limitaciones que han provocado su comportamiento ante los cambios que se generan en su entorno.

Pruebas Psicométricas:

Seleccione tres test, debido a que me permitieron valorar los pensamientos expuestos por la paciente, como también analizar las características o aquellas causas que le generaban estados de ansiedad.

Test de Mini-Mental

A la paciente se le aplico el test de Mini-Mental después de que salió del procedimiento quirúrgico, este test consta de una serie de preguntas y la realización de algunas acciones por parte de la paciente. Con este test tendremos resultados que nos permitirá tener una valoración de su estado cognitivo en distintas áreas. Aplicando este test se sabrá si la paciente está orientada en tiempo y espacio, si tiene una memoria inmediata y logra retener, si logra concentrarse y trabajar con órdenes sencillas, si conserva el lenguaje para repetir una frase sencilla o para realizar una orden escrita y verbal. Evaluando esto, descartaremos algún deterioro cognitivo por el impacto que tuvo en el accidente.

Test de Depresión de Beck

A la paciente se le aplico el test del Inventario de Depresión de Beck porque es uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica para medir la severidad de una depresión, permitiendo diferenciar entre un trastorno depresivo mayor o de un estado anímico bajo. Este cuestionario consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.

Test de ansiedad de Hamilton

A la paciente se le aplicó la Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS), cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad y así poder evaluar en qué estado se encuentra la paciente, cuáles son sus síntomas psicósomáticos, sus miedos y sus procesos cognitivos. Este test consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Es favorable que, en la aplicación de este test, se haga referencia a los últimos días (al menos los tres últimos) en todos los ítems, excepto en el último, en el que se valora la conducta del paciente.

RESULTADOS OBTENIDOS

Presentación del caso

La paciente de 29 años de edad, Susana Mora Velásquez nombre ficticio que se le da debido a la ética de confidencialidad. Nacida en Guayaquil el 21 de enero de 1992, se considera católica, es ama de casa y se dedica también a la crianza de pollos para luego proceder a venderlos.

A continuación, se procede a detallar las 6 sesiones psicológicas que se le realizaron:

Primera sesión:

Se la realizó el viernes 18 de diciembre del 2020 a las 09:45 am. La paciente hace 2 días fue intervenida quirúrgicamente en donde le amputaron su miembro inferior derecho. En la observación directa, la paciente se encontraba en shock por el accidente que tuvo junto a su pareja e hijo de 4 años, no lograba asimilar el hecho de su amputación, pero, se sentía aliviada porque su hijo solo tuvo un esguince en su hombro y su pareja algunas cuantas contusiones. Se notaba que no había logrado conciliar el sueño, la paciente refirió sentir mucho miedo y preocupación al momento de querer dormir porque siente que “el muerto se le sube encima”, también manifiesta que su respiración se acorta cuando sucede aquello. Se siente cansada, débil, deprimida, extraña porque aun siente su pierna amputada y adolorida, menciona que por causas de los sedantes se siente ansiosa.

Segunda sesión:

La segunda entrevista se la realizó el lunes 21 de diciembre del 2020 a las 10:00 am. Se socializó la recopilación de información:

- Padre fallecido a los 50 años a causa de un accidente de construcción, su nivel de estudio fue un bachillerato completo.
- Madre de 46 años, hipertensa, viuda, con un bachillerato incompleto, ama de casa y trabaja atendiendo un bazar.
- La paciente identificada de 29 años es hija única, sin antecedentes patológicos, no consume ningún tipo de drogas, alcohol, no es adicta a la cafeína, bachillerato incompleto, ama de casa y se dedica a criar pollos para la venta. Tiene 4 hijos de las siguientes edades 12, 10, 7 y 4 años. Los dos primeros hijos son de su compromiso anterior del cual se separa por violencia intrafamiliar por parte de él, su hijo de 12 años vive con el papá y el de 10 años vive con su abuela materna. Sus otros dos hijos son de su pareja actual.

Luego de la recopilación de datos se procedió a aplicar el examen mínimo del estado mental (MMSE) en donde se le realiza preguntas y ciertas ordenes mínimas a la paciente que consta de 11 ítems con una puntuación máxima de 30 puntos. El resultado obtenido de este test fue de 24, encontrando falencias en orientación en el tiempo, espacio y recuerdo diferido.

Tercera sesión

Esta sesión se la realizó el jueves 24 de diciembre a las 09:30 am. Se dio a conocer el tratamiento psicoterapéutico que es la TCC (terapia cognitiva conductual), cuyo

objetivo es comprender aquellos pensamientos complejos, desglosándolo a partir de una situación, problema o hecho difícil. Luego se procedió a trabajar los pensamientos disfuncionales específicamente para el reconocimiento de los pensamientos automáticos negativos de la paciente. También se le aplicó el test del inventario de depresión de Beck que consta de 21 preguntas de respuestas múltiples. Los resultados marcaron una puntuación de 25 en escala de 21- 30, indicando una depresión moderada.

Cuarta sesión

La cuarta sesión se la realizó el lunes 28 de diciembre del 2020 a las 10:30 am. Para iniciar la sesión se reforzó la anterior y así poder dar continuidad a la intervención con la tabla de pensamientos disfuncionales, en donde con los refuerzos pertinentes, la paciente logró plantear pensamientos, emociones y actividades alternativas para distraer y ausentar los pensamientos negativos que estaban presentes. Manifiesta también que antes del accidente ella ya sentía temor, angustia, por el maltrato que le daba su pareja anterior y cuando discute con su actual pareja, ese sentimiento regresa.

Quinta sesión

La quinta sesión se la realizó el jueves 31 de diciembre del 2020 a las 09:40 am. Se inició la consulta revisando como se había tornado los días anteriores en la paciente, tras indagar en los pensamientos disfuncionales, en donde su respuesta fue satisfactoria para iniciar la nueva técnica de aplicación, la cual es programación de actividades, siendo pertinente el planteamiento de actividades, para que así la paciente logre una mejor organización en su día a día.

Se procedió también a aplicar el test de Hamilton para valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales. Se tomó como referencia los últimos 3 días en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora a la paciente en el momento de la entrevista. Los resultados obtenidos en esta prueba marcaron lo siguiente un total de 36, en la escala de 20 hacia adelante, indicando que la paciente tiene una ansiedad grave. En el ítem 14, que es el último y se evalúa durante la entrevista, sacó una puntuación de grave. La paciente estaba tensa, agitada, nerviosa, inquieta, con temor.

Sexta sesión

El miércoles 6 de enero del 2021 a las 10:00, se inició revisando si se ejecutaron las actividades que se habían planteado y a su vez también se revisó como estaba

evolucionando la paciente referente a sus pensamientos durante la ejecución de su nueva organización de actividades.

También se habló sobre todos aquellos síntomas que manifestaba sentir en las sesiones anteriores y se le informó que se trabajaría con la ACT (terapia de aceptación y compromiso), será de mucha ayuda porque se mediará aquellos pensamientos que causan esas conductas y se comprenderá que los pensamientos son reacciones naturales e inevitables. El tratamiento se centrará en aquellas acciones valiosas del paciente como un medio para el cambio conductual.

Situaciones detectadas (hallazgos)

Resultados de test aplicados

En esta intervención se aplicaron tres test psicométricos en donde se obtuvieron los resultados siguientes:

Test del estado mental

- Orientación temporal: 3
- Orientación espacial: 4
- Recuerdo inmediato: 3
- Atención y calculo: 5
- Recuerdo diferido: 0
- Lenguaje: 9

Dando como resultado una puntuación de 24/30

Test del Inventario de depresión de Beck

En esta prueba los resultados marcaron una depresión moderada, con una puntuación de 25 en la escala de 21-30.

Test de ansiedad de Hamilton

En esta prueba se valoró lo siguiente:

- Ansiedad psíquica = 19
- Ansiedad somática = 17

Dando como resultado la puntuación de 36, indicando que la paciente tiene ansiedad grave.

Pensamientos disfuncionales

Tabla #1: Ficha de autoregistro de pensamientos automáticos negativos

Situación	Pensamientos automáticos	Emociones	Respuestas alternas	Resultados
Amputación de su miembro inferior.	Estando así soy una inútil, soy una vergüenza para mi familia.	Tristeza, frustración, debilidad. Depresión.	Mi familia recordara todo lo que he hecho por ellos y no me dejaran sola, me cuidaran y me apoyaran.	Disminución de su depresión y el cambio de esos pensamientos automáticos.
Confusión porque aun siente su pierna a pesar de que este amputada.	Me estoy volviendo loca, aparte de verme horrible me estoy volviendo loca.	Angustia, desesperación, miedo. Ansiedad.	Aun no acepto, no asimilo el hecho de esta perdida. Aun me atormenta y no logro adaptarme todavía.	Se trabajó en su ansiedad y se disminuyó. Acepto esta nueva etapa en su vida.

Fuente: Modelo cognitivo conductual, manual de terapia cognitiva.
Elaborado por: Kelly Del Rocío Guachichulca Espinoza

Tabla #2: Cuadro sindrómico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Memoria retraída, confusión.	Perturbación.
Afectivo	Tristeza, llanto, frustración, angustia, dolor.	Depresión y ansiedad
Pensamiento	Pensamientos negativos y denigrante ante ella misma. “nadie me querrá así” “no podre con todo esto”.	Pensamientos automáticos distorsionados.
Conducta social	Retraída, temerosa, evitativa.	Aislamiento social.
Somática	Fatiga, angustia, somnolencia, tensión, irritabilidad, dolores intensos, disnea.	Ansiedad somática.

Fuente: historia clínica.
Elaborado por: Kelly Del Rocío Guachichulca Espinoza

Una vez que se concluye la evaluación de las áreas mencionadas, se realiza el diagnostico correspondiente:

Trastorno de ansiedad generalizado, codificado en el DSM - V 300.02 (F41.1).
Diagnóstico que cumple con los siguientes criterios según el manual Boulevard & Arlington (2014).

- A. Ansiedad y preocupaciones excesivas ¿anticipación aprensiva’, que se produce durante mas días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con los diversos sucesos o actividades como la actividad escolar o laboral) p.222.
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación p.222.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian (o más) de los 6 síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante mas días de los que han estado ausente durante los últimos seis meses) p.222

Nota: en los niños solamente se requiere un ítem

- 1. inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. facilidad para fatigarse.
 - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o lo síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento p.222.
 - E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, o medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo) p.222.
 - F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante p.222.

Soluciones planteadas

Debido a las diversas problemáticas que estaba enfrentando la paciente, se puso en prácticas todos los conocimientos y técnicas psicológicas para efectuar el diagnostico correspondiente y así poder trabajar con la terapia cognitiva conductual.

Tabla #3. Matriz del esquema psicoterapéutico

Hallazgo	Meta terapéutica	Técnica	Numero de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Frustración en la interpretación errónea a su realidad	Reconocer la situación que perturba a la paciente	Diferenciar evento, pensamientos y sentimientos	1	18-12-2020	La paciente logro diferenciar la situación, sus pensamientos y sentimientos que eso le causaba. Racionalizo sus pensamientos y disminuyo aquella frustración y preocupación que sentía. Desarrollo actividades poco a poco con su nuevo estilo de vida y se evaluó estrategias para que ella disfrute de aquellas actividades y se sienta plena.
Insatisfacción por no poder realizar sus actividades diarias con normalidad como antes lo hacía.	Identificar como aquellas actividades radicaban un cambio positivo en ella.	Terapia de aceptación y compromiso	2	21-12-2020	
Dificultad para conciliar el sueño	Entablar aquellos pensamientos automáticos que se le llegan ante aquella situación	Dominio y agrado	3	24-12-2020	
Preocupación y angustia excesiva por aun sentir su miembro inferior amputado	Contrarrestar aquellos pensamientos negativos y entablar los positivos para que haga frente a su nueva realidad.		4	28-12-2020	
Tristeza y debilidad para poder afrontar la situación.			5	31-12-2020	
			6	06-01-2021	

Fuente: Historia Clínica.

Elaborado por: Kelly Del Rocío Guachichulca Espinoza

Las estrategias planteadas con antelación tienen un continuo del enfoque cognitivo conductual, esperando obtener resultados positivos ante estas técnicas planteadas para la necesidad de la paciente considerándolas como un complemento para lograr una modificación tanto en su cognición como en su comportamiento.

CONCLUSIONES

Este estudio de caso se lo realizó teniendo como sujeto de estudio a una mujer de 29 años nacida en la ciudad de Guayaquil provincia del Guayas. En las primeras consultas se evidencio como las distorsiones del pensamiento la perturban en su vida diaria. Como factor de riesgo existente está el panorama actual en la que se encuentra, con un cuadro de ansiedad la misma que está frenando sus actividades cotidianas que antes realizaba con normalidad. La ansiedad se produjo a raíz del accidente automovilístico el mismo que dejó como secuela la amputación de su miembro inferior.

Elaborar este estudio de caso fue todo un proceso, en el cual se llevó a cabo la línea de investigación que alude a la perspectiva, conocimiento y análisis, las mismas que dieron la pauta para el desarrollo de este estudio. Se recolecto toda la información posible por medio de diversas técnicas, las cuales ayudaron a identificar la situación patológica que manifestaba la paciente y así de manera objetiva escoger técnicas cognitivas conductuales factibles bajo el enfoque que se escogió para trabajar en este caso, los mismos que permitieron menguar el estado ansioso en el que se encontraba la paciente, además de los pensamientos distorsionados que le impedían aceptar su nuevo estilo de vida.

Las técnicas cognitivas-conductuales contribuyeron a identificar los pensamientos ansiosos, una vez identificados se dio la apertura para que la paciente incorpore pensamientos alternativos y además disminuir sus niveles de ansiedad que son influenciados por la angustia y miedo y no aceptación de su nuevo estilo de vida, la insatisfacción por no poder realizar sus actividades diarias con normalidad como antes lo hacía, el sentimiento de tristeza y debilidad que este mismo le genera, también, la preocupación y angustia excesiva por aun sentir su miembro inferior amputado. De esta manera con las herramientas presentada por la autora y trabajadas con la paciente, se optimiza un mejor funcionamiento en sus actividades diarias.

Los resultados que se extrajeron fueron a partir de seis sesiones en donde se entablo un buen rapport y se recopiló los datos necesarios que se trabajaron en conjunto con la paciente. Todas las sesiones fueron de manera satisfactoria, la paciente fue muy colaborativa en cada una de ellas y mientras se iba avanzando con las sesiones se encontraban los hallazgos que la perturbaban, los mismos que permitieron realizar un esquema psicoterapéutico el cual fue ejecutado en las 6 sesiones con la finalidad de cumplir de manera considerable los objetivos planteados del mismo.

También, se incluyeron ejercicios como recomendación para que la paciente se prepare cognitivamente y mejore su conducta en futuros pensamientos automáticos que generan pensamientos distorsionados, de esta manera se evitara el estado ansioso. También se

manifestó la terapia de aceptación y compromiso para que poco a poco vaya asimilando lo sucedido, esto conlleva que la paciente sea capaz de adquirir un dominio adecuado de las técnicas recomendadas para que sean ejecutadas en su diario vivir como método de adaptación a situaciones en las que se exponga a trabajar bajo presión, estrés, escenarios conflictivos o discriminatorios.

Finalmente, se recomienda a la paciente que continúe con sus actividades establecidas en el horario de manera rigurosa. Se le facilitó una matriz donde ella pueda identificar sus eventos, pensamientos y sentimientos para que pueda describirlos y reflexionar la realidad en la que vive y poder así obviar la interpretación errónea de sus pensamientos y conductas, de esta forma comprobara su exactitud con argumentos fiables y lógicos poniendo en duda lo que piensa de manera automática y equivocada.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. (2020). Terapia Cognitiva, España, Descleé De Brouwer
- Behaviour, N. H. (2018). Pensamiento, Tendencias 21 Obtenido de <https://acortar.link/jSiev>
- Boulevard, W. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos
- Cuevas, G. S. (2019). Distorsiones cognitivas, La mente es maravillosa Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/que-son-las-distorsiones-cognitivas/>
- Delgado, M. D. (2014). Pensamientos automáticos, Centro de psicología Obtenido de <https://acortar.link/H6woM>
- Diago Cuartero MC. (2012). Síndrome del miembro fantasma, Medicina general familia, 1-2 Obtenido de http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V1N2/V1N2_85_88.pdf
- Dr Tango, I. (2020). Dolor de un miembro fantasma, MedlinePlus Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000050.htm>
- Guerri, M. (2013). La ansiedad y los pensamientos distorsionados, España, Psicoactiva.
- Monge, M. S. (2021). Ansiedad, Cuídate Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html>
- Raffino, M. E. (2020). Pensamiento, Concepto.de Obtenido de <https://concepto.de/pensamiento/>.
- Rivadeneira, D. M. (2013). Relación entre las distorsiones cognitivas y la autoestima, Quito Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6025/1/UPS-QT04221.pdf>
- Santos, C. M. (2016). Dolor de miembro fantasma, ISSSTE, 3-6 Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47347633004.pdf>
- SEMI. (2021). ANSIEDAD, SEMI.
- Ulloa Morela, Z. G. (2019). Manejo del síndrome de miembro fantasma, Repositorio 4 Institucional UNIANDES, Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9945>
- Vidal, D. A. (2016). Síndrome de miembro fantasma, Quironsalud Obtenido de

<https://acortar.link/5Hyao>

Wanjala, M. (2019). Ansiedad, Argentina, Babelcube.

ANEXOS

ANEXO 1. HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL _____

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL _____

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD _____

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO _____

6.9. HISTORIA MÉDICA _____

6.10. HISTORIA LEGAL _____

6.11. PROYECTO DE VIDA _____

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN _____

7.3. ATENCIÓN _____

7.4. MEMORIA _____

7.5. INTELIGENCIA _____

7.6. PENSAMIENTO _____

7.7. LENGUAJE _____

7.8. PSICOMOTRICIDAD _____

7.9. SENSOPERCEPCION _____

7.10. AFECTIVIDAD _____

7.11. JUICIO DE REALIDAD _____

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD _____

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL:

11. PRONÓSTICO:

12. RECOMENDACIONES:

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

ANEXO 2. TABLA DE PENSAMIENTO DISFUNCIONALES

EL MODELO COGNITIVO

30

TABLA DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

Instrucciones: Cuando mi ánimo se ponga más encendido o peor, me preguntaré a mi mismo ¿Qué pasa por mi mente ahora?, tan pronto sea posible escribiré el pensamiento o la imagen en la columna de pensamientos automáticos.

FECHA HORA	SITUACION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	EMOCIONES	RESPUESTA ALTERNA	RESULTADO

Situación: ¿Qué eventos o recuerdos me llevaron a sentir la emoción desagradable? ¿Qué sensaciones físicas molestas tuve?

Pensamientos automáticos: ¿Qué pensamientos o imágenes pasaron por mi mente? ¿En qué porcentaje creía en ellas en ese momento?

Emociones: ¿Qué emoción (enojo, ansiedad, tristeza), tuve en ese momento? ¿Qué tan intensa (0-100%) fue esa emoción?

ANEXO 3. TEST DEL EXAMEN MENTAL

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION																			
Nombre y Apellidos:																			
Fecha nacimiento:								Estudios:											
¿A que edad finalizó los estudios?:								Sabe leer:				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Profesión:								Sabe escribir:				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL						II. FIJACIÓN						V. LENGUAJE							
¿En qué año estamos ?						Nombrar 3 objetos,						Señalando el lápiz ¿Qué es este?							
¿Qué día del mes es hoy?						a intervalos de 1 segundo						INC	0	COR	1				
¿En qué mes del año estamos?						BICICLETA, CUCHARA, MANZANA						Señalando el reloj ¿Qué es este?							
RESPUESTA			REAL			Ahora dígalos usted						INC	0	COR	1				
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año			INC	COR				0	1	2				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BICICLETA	0	1	Quiero que repita lo siguiente:				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CUCHARA	0	1	"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"				
2	2		2	2	2	2	2		2	2	2	MANZANA	0	1					
3	3		3	3	3	3	3		3	3	3		0	1	2	3			
4	4		4	4	4	4	4		4	4	4	Repetir los nombres hasta que los aprenda.			INC	COR			
5	5		5	5	5	5	5		5	5	5		Coja este papel con la mano derecha,		0	1			
6	6		6	6	6	6	6		6	6	6								
7	7		7	7	7	7	7		7	7	7	III. ATENCIÓN Y CÁLCULO							
8	8		8	8	8	8	8		8	8	8	Le voy a pedir que reste desde 100 de 7 en 7				dóblelo por la mitad	0	1	
9	9		9	9	9	9	9		9	9	9					y díjelo en el suelo	0	1	
¿Qué día de la semana es hoy?						RES	REAL	INC	COR										
RESPUESTA								93	0	1									
L	M	X	J	V	S	D			86	0	1		0	1	2	3			
REAL								79	0	1		Haga lo que dice aquí:							
L	M	X	J	V	S	D			72	0	1		(mostrar atrás de esta hoja)						
¿En qué estación del año estamos?								65	0	1		"Cierre los ojos"							
RESPUESTA			REAL					0	1	2	3	4	5			0	1		

ANEXO 4. TEST DE DEPRESION DE BECK

(B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE.....

FECHA.....

1. En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación, señale cuál de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1.0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- 2.0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro
 - 1 Me siento desanimado con respeto al futuro
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar
 - 3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar
- 3.0 No creo que sea un fracasado
 - 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
 - 2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
 - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona
- 4.0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes
 - 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
 - 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo
- 5.0 No me siento especialmente culpable
 - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
 - 2 Me siento bastante culpable casi siempre
 - 3 Me siento culpable siempre
- 6.0 No creo que este siendo castigado
 - 1 Creo que puedo ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Creo que estoy siendo castigado
- 7.0 No me siento decepcionado a mí mismo
 - 1 Me he decepcionado a mí mismo
 - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3 Me odio
- 8.0 No creo se peor que los demás
 - 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
 - 2 Me culpo siempre por mis errores
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

ANEXO 5. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de evaluación: _____

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
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, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	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	0	1	2	3	4

en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole					
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, pilo erección (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