



**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE  
COGNITIVO CONDUCTUAL A PACIENTE EN ETAPA POSQUIRURGICA POR  
FRACTURA DE VERTEBRA LUMBAR**

**MARGARITA CECILIA BARÓN COBOS**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA  
Bucaramanga, Agosto 2016**



**Universidad  
Pontificia  
Bolivariana**

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE  
COGNITIVO CONDUCTUAL A PACIENTE EN ETAPA POSQUIRÚRGICA POR  
FRACTURA DE VÉRTEBRA LUMBAR**

**MARGARITA CECILIA BARÓN COBOS**

**Director**

**MAGDA YANETH ACEVEDO RODRIGUEZ**

**Magister en psicología clínica y de familia**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Bucaramanga, Agosto 2016.**

**Dedicatoria**

A Dios, mi amigo fiel, mi fortaleza y fuente de inspiración  
A mi esposo, quien siempre me apoya y demuestra su amor  
A mis padres, que me enseñaron a luchar por mis sueños  
A mis hermanos, que son un ejemplo de valentía y superación  
A mis pacientes, porque me han enseñado a ser más humana  
A la vida, por darme motivos para sonreír

### **Agradecimientos**

Agradezco a todas las personas que han sido parte de mi formación académica; a los docentes que además de transmitir su conocimiento, me enseñaron sobre profesionalismo y sobre un trato más humano hacia las personas que acuden a consulta. A mi Directora de Monografía Dra. Magda Yaneth Acevedo Rodríguez, por todo el apoyo que recibí de ella durante todo el proceso de la elaboración de esta Monografía, a mi esposo, quien siempre estuvo dispuesto a brindarme su apoyo durante todo este proceso, a mi familia que toman este logro como propio; en general, a todas las personas que han hecho posible la culminación de ésta etapa de mi vida académica.

**Tabla de Contenido**

	<b>Pág.</b>
Introducción	1
1. Marco Teórico -----	3
2. Objetivos -----	9
2.1 Objetivo General -----	9
3. Metodología de intervención utilizada -----	10
3.1 Participantes -----	10
3.2 Estudio de Caso -----	12
3.3 Muestra -----	12
3.4 Instrumentos -----	13
3.4.1 Instrumentos de Exploración. -----	13
3.4.2 Instrumentos de evaluación. -----	14
3.5 Procedimiento -----	16
3.5.1 Datos demográficos. -----	16
3.5.2 Genograma. -----	17
3.6 Descripción del caso Clínico. -----	18
3.6.1 Motivo de Consulta. -----	18
3.6.2 Descripción del problema. -----	18
3.6.3 Historia personal. -----	21
3.6.4 Descripción sincrónica. -----	21
3.6.5 Diagnóstico. -----	21
3.7 Objetivos Terapéuticos -----	22
3.8 Plan de Intervención -----	23
3.8.1 Fase de intervención -----	23
3.8.2 Seguimiento. -----	27
3.8.3 Resultados de la intervención. -----	27
4. Discusión -----	31
5. Conclusiones -----	33
6. Referencias -----	34
7. Apéndices -----	37

**Lista de Tablas**

	Pág.
Tabla 1. Participantes .....	10
Tabla 2. Diagnóstico Multiaxial del paciente .....	22
Tabla 3. Ejemplo de Técnica utilizada en la sesión 9 .....	26
Tabla 4. Niveles de ansiedad de sintomatología ansiosa (Beck y Steer, 1990).....	28
Tabla 5. Parámetros de Calificación del índice de Barthel .....	29

### Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Genograma.....	18
Figura 2. Puntuación Global de la prueba BAI del paciente bajo estudio .....	28
Figura 3. Puntuaciones de los parámetros del Índice de Barthel. ....	29

### **Lista de Apéndices**

	<b>Pág.</b>
Apéndice A. Consentimiento Informado.....	38
Apéndice A. Formato Valoración Inicial. ....	40
Apéndice C. Formato de Evolución Terapéutica.....	41
Apéndice D. Informe Final de Psicología .....	42
Apéndice E. Formato de Formulación Clínica .....	43
Apéndice F. Índice de Barthel: Actividades Básicas de la vida diaria .....	48
Apéndice G. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	49

### **RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** Evaluación e Intervención Psicológica desde el Enfoque Cognitivo Conductual en Paciente Posquirúrgico por fractura de Vértebra Lumbar

**AUTOR(ES):** MARGARITA CECILIA BARÓN COBOS

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

### **RESUMEN**

Esta monografía permite evidenciar el proceso de intervención psicológica, mediante el análisis de un caso clínico; en paciente masculino de 49 años de edad, con fractura de vértebra lumbar, con el propósito de precisar el diagnóstico en el paciente, se realiza aplicación de la prueba de valoración funcional física, Índice de Barthel y el inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados evidenciaron la presencia de síntomas de ansiedad generalizada. Se realizó intervención desde el enfoque cognitivo conductual, utilizando técnicas y herramientas terapéuticas como la relajación, reestructuración cognitiva, auto instrucciones, auto registros, psico-educación, entre otros; con el propósito de disminuir los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, los pensamientos distorsionados e irracionales sobre sí mismo, el ambiente y su futuro y conductas que le generaban ansiedad y malestar emocional debido al daño físico. Finalmente se realizó evaluación al proceso, donde se evidenció la disminución de síntomas de preocupación y tristeza, que no solo le provocaban insomnio, sino también controlar los pensamientos y conductas que le reprimían para mantener su tranquilidad, se logró reducir y reestructurar las distorsiones cognitivas y la identificación y adecuada expresión de sus emociones.

### **PALABRAS CLAVES:**

Evaluación, Psicología Clínica, Ansiedad Generalizada, Intervención

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Psychological Evaluation And Intervention From The Focus On Patient Cognitive Behavioral Postsurgical Lumbar Vertebra Fracture

**AUTHOR(S):** MARGARITA CECILIA BARON COBOS

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

**ABSTRACT**

This monograph demonstrates the process of psychological intervention, through a clinical case analysis; in male patient aged 49, with a fractured lumbar vertebra. In order to clarify the diagnosis in the patient, application of functional physical assessment test, Barthel Index and the Beck Anxiety Inventory was done. The results showed the presence of symptoms of generalized anxiety disorder. Intervention was performed from the cognitive behavioral approach, using techniques and therapeutic tools such as relaxation, cognitive restructuring, self instructions, auto records, psycho-education, among others; in order to reduce symptoms of anxiety, worry and sadness, distorted and irrational thoughts about himself, the environment and its future and behaviors that generate anxiety and emotional distress due to physical damage. Finally process evaluation was made, concluding that the symptoms of worry and sadness were reduced, which not only caused him insomnia, but also control the thoughts and behaviors that repressed to keep him quiet; the cognitive distortions were restructured and reduced, and identification and appropriate expression of his emotions was done.

**KEYWORDS:**

Evaluation, Clinical Psychology, Generalized Anxiety Intervention

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## **Introducción**

La presente monografía se basó en el estudio de un caso clínico en el proceso de práctica de la Especialización en Psicología Clínica, que se llevó a cabo en la IPS Neurotrauma Center. Institución cuyo objetivo se basa en satisfacer la necesidad de neuro-rehabilitación especializada, en personas con lesiones cerebrales, de médula espinal y otras enfermedades neurológicas, intervenciones que se realizan de forma individualizada, integral y multidisciplinar, con un modelo asistencial planificado, eficaz, eficiente y de calidad, basado en el uso intensivo de tecnologías de punta en neuro-rehabilitación.

La IPS Neurotrauma Center, se encuentra ubicada en la ciudad de Bucaramanga, su horario de atención a la comunidad es de 7:00 a.m. a 12m y 2: 00 p. m a 8:00 p. m. Esta institución tiene como misión brindar a sus pacientes la promoción del autocuidado a través de un servicio asistencial interdisciplinario con atención individualizada, que promueve el bienestar comunicativo, el entrenamiento de las actividades de la vida diaria, buscando mejorar sustancialmente la calidad de vida de sus pacientes al contribuir en su integración en la sociedad en todos los aspectos de su vida.

Tiene como visión, ser una institución reconocida por sus servicios a las personas en condición de discapacidad con una alta calidad científica y un alto impacto social, haciendo uso intensivo de tecnologías avanzadas a nivel nacional e internacional en la Neuro-rehabilitación integral. Además de ofrecer servicios de consultas psicológicas a nivel individual y grupal; de pareja y familia. Presta servicios de Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología, Terapia Ocupacional, servicio Médico, entre otras especialidades. La IPS Neurotrauma Center, facilitó el lugar y tiempo necesario para el cumplimiento de la práctica, como requisito para optar al título de especialista en psicología clínica, a través del asesoramiento psicológico a tres (3) pacientes, entre ellos 1 adolescente y dos adultos.

Para la etapa de evaluación e intervención psicológica, estudio de caso clínico y el diseño de monografía, se seleccionó un paciente masculino de 49 años de edad, con fractura de vértebra lumbar con diagnóstico de Ansiedad Generalizada, bajo los parámetros del marco jurídico de la Ley 1090 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, diario oficial N°. 46.383 de 6 de septiembre de 1993) Congreso de la República por la cual se reglamenta el ejercicio de la

profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones en el Congreso de Colombia.

## 1. Marco Teórico

Teniendo en cuenta la teoría Goldemberg (1973) citado por Díaz, y Núñez (2010), los cuales mencionan, que la psicología clínica es la rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a las situaciones únicas y exclusivas del paciente, con el propósito de reducir sus tensiones y orientar de una manera funcional, eficaz, desde la evaluación, intervención, las sesiones psicológicas y el seguimiento, a partir del enfoque cognitivo conductual en psicología clínica. Korchin (1976) citado por Díaz, y Núñez (2010), indican que la psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana en circunstancias problemáticas, con el fin de mejorar la situación de las personas que se encuentran en dificultades, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, proponiendo al mismo tiempo la investigación, mejorar las técnicas y la aplicación de los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro. Es importante resaltar la labor del psicólogo clínico, la cual está encaminada al estudio del comportamiento de los seres humanos, en la forma “de explicarse y comprender las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen, prever cuál será su comportamiento y, en ciertos casos, encontrar el medio de modificar la conducta.” (Amoros, 1980, p. 363).

Por lo anterior, a través de los tiempos han surgido diversos modelos psicológicos que ayudan a las personas adaptarse al medio donde interactúan; es así que los modelos psicoterapéuticos cuentan con bases científicas acordes a su estructura. “En este sentido cabe recordar la afirmación de Beck (1970), sobre que el modelo cognitivo se caracteriza no por ser una acumulación de técnicas, sino por tener en su base un modelo específico y diferenciado de los otros”. (Caro, 2013 p. 9). La terapia cognitivo conductual propone una fusión de las terapias conductistas y las terapias cognitivas, basándose en la idea de que el individuo presenta bienestar o malestar, mediante las emociones y pensamientos dependiendo si son racional o irracional.

Los diferentes procesos terapéuticos guiados a través de la terapia cognitivo conductual, son eficaces cuando se ha logrado identificar la causa puntual del problema. Es por esto, que esta terapia a través de los años, ha implementado diferentes técnicas de intervención y herramientas que se ajustan a las necesidades de cada paciente, con el fin de modificar las diferentes conductas inapropiadas del individuo, interviniendo a través de sus respuestas, físicas, emocionales, cognitivas o conductuales desadaptativas de carácter aprendido.

Aaron Beck (1962), inicia el desarrollo de la Terapia Cognitiva, a principios de la década de los sesenta, definiéndola como psicoterapia breve, centrada en el “aquí y el ahora”, y les atribuye una primacía a los aspectos cognitivos en los problemas psicológicos. Así mismo, plantea que el paciente y el terapeuta colaboran solidariamente en la identificación de las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o creencias desadaptativas, permitiendo con esta identificación, una intervención orientada a la modificación de la conducta y en los procesos de pensamientos y control de los mismos.

Beck. (1983, p.21-22) planteó la existencia de ciertos errores persistentes en la forma de pensar, y en una forma negativa de procesar la información, que mantienen los conceptos negativos a pesar de la evidencia:

- Inferencia arbitraria: Es una distorsión cognitiva, que lleva a percibir el mundo de forma errónea, muchas veces ajena a la realidad.
- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un único estímulo que confirma el esquema, e ignorar otros aspectos de la situación, conceptualizando a partir de ese único fragmento.
- Generalización excesiva: proceso en el que se elabora una regla general o conclusión a partir de un único acontecimiento y se aplica a situaciones relacionadas o incluso inconexas.
- Maximización y minimización: se evalúa de modo erróneo la magnitud de o significación de un evento, se magnifica lo negativo y se minimiza lo positivo.
- Personalización: tendencia a atribuirse los fenómenos externos, sin que exista una relación o evidencia de ello.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: tendencia a clasificar todas las experiencias en categorías opuestas y absolutas, todo/nada, blanco/negro.

Es por esto que, en la actualidad el ser humano se ha visto vulnerable y enfrentando a situaciones de presión social y personal, que pueden llevarlo a desarrollar enfermedades físicas y mentales. Lamentablemente, gracias al desarrollo de nuevos trastornos mentales y a las secuelas de un manejo inadecuado de situaciones de crisis, se han generado nuevas técnicas de intervención que permiten dar soluciones mucho más eficaces, algunas de ellas se basan en el enfoque cognitivo–conductual (Salazar, Caballo, & González, 2007). Por lo tanto la terapia cognitivo conductual se ha convertido en una alternativa segura y eficaz, para el tratamiento de diversas perturbaciones, siendo esta una especie de psicoterapia breve, con objetivos específicos creada por Aarón Beck, ya que permite identificar y cambiar los aspectos desadaptativos del

comportamiento y del procesamiento de la información; y genera mejores resultados que administrar medicamentos únicamente (Scott, Paykel, Morris, Bentall, Kinderman, Johnson, Abbott, & Hayhurst, 2006). En la terapia cognitivo conductual, se utiliza diversas técnicas como la implementada por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) citado por Ruiz, Díaz, y Villalobos (2013); quienes realizaron un gran porte ejecutando la técnica de auto registro, con el propósito de registrar los pensamientos y conductas que le generan malestar psicológico y físico al paciente,

Guías de práctica clínica, basadas en la evidencia científica, internacionales como nacionales (*National Institute for Health and Clinical Excellence –NICE. 2014*), recomiendan la terapia cognitivo-conductual como el tratamiento de primera elección para el trastorno depresivo leve y moderado, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias específicas. La terapia cognitivo conductual ha sido una propuesta eficaz en diversos trastornos como Depresión, Pánico, Agorafobia y otras fobias, Fobia social, Bulimia, Trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, y en trastornos de ansiedad, los cuales son más frecuentes en las personas adultas. Este término “Ansiedad”, fue inventado en el siglo XVIII por el físico escocés William Cullen, cuyo propósito era describir una aflicción de sistema nervioso que produce nerviosismo. Para el siglo XIX las personas que transmitían una conducta rígida y fracasada se les llamaban “Neuróticas”.

Actualmente, en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. (DSM-V), (2014) citado por APA (2014, p. 129 - 144). Se menciona un grupo de trastornos de ansiedad que permiten ser diferenciados a través de diversos criterios para su diagnóstico.

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Trastorno de ansiedad no especificado

Estas revisiones y actualizaciones realizadas a través de los años, han permitido a los profesionales de la salud emitir un diagnóstico, basándose en criterios revisados y clasificados. En la actualidad algunos individuos suelen presentar preocupaciones de forma excesiva, que permiten iniciar una búsqueda de identificación de alguno de los grupos de ansiedad establecidos en las revisiones de expertos. Por lo anterior la terapia cognitiva-conductual de tercera generación aparece como complemento o quizá una buena alternativa para el trabajo psicoterapéutico; estas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Hayes, 1999; Luciano, 2004).

El grupo de terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta son las siguientes: La Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy o ACT; Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y Strosahl, 2004; Terapias de Tercera Generación Hayes y Wilson, 1994; Luciano, 1999; Luciano, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002), la Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005; Luciano, 1999), la Terapia de Conducta Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy o DBT; Aramburu, 1996; Linehan, 1993a y b), la Terapia Integral de Pareja (Integrative Behavioral Couples Therapy o IBCT; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la depresión (Scherer-Dickson, 2004; Segal, 2004; Segal, 2002).

En el presente estudio se tomó como base el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.), para el desarrollo de esta monografía, el cual se caracteriza por la presentación de preocupaciones y ansiedad excesivas durante un período de por lo menos seis meses. Este trastorno suele iniciar en la adolescencia o principio de la vida adulta, su prevalencia esta alrededor de 5 por cada 100 y las mujeres son diagnosticadas el doble que los hombres (Roy, et al., 1998). Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), los pacientes con Trastorno de

Ansiedad Generalizada suelen presentar los siguientes síntomas: Preocupaciones excesivas por diversos temas, incluso aquéllos de índole trivial.

Es de resaltar, el aporte que se puede ofrecer a los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada a través de la Terapia Cognitivo Conductual - tercera generación (ACT), ayudándolos a desglosar aquellas situaciones, emociones, pensamientos o comportamientos que para ellos son “problemas”, en partes más pequeñas y ayudarlos a entender, como estas a su vez se conectan entre si y tienen una afectación en sus vidas. Es importante aclarar que ese círculo de pensamientos, comportamientos y emociones desagradables, se pueden reestructurar y así mismo lograr cambiar la forma como se siente, como actúa y las conclusiones o interpretaciones que le da a cada evento de su vida, logrando afrontar de forma objetiva y racional sus emociones.

“Barlow (1992), Clark y Salkovskis (1991) y Magraf, Barlow, Clark y Telch(1993) concluyeron que del 81% al 90% de los pacientes con trastornos de pánico que recibieron tratamiento cognitivo-conductual se veían libres de síntomas en el seguimiento entre uno y dos años, frente al 50%, 55% para los pacientes con ansiedad tratados farmacológicamente, y el 25% que mejoraban recibiendo terapia de apoyo. Resultados semejantes aparecen en el tratamiento de pacientes con ansiedad generalizada y fobias sociales (Hollon y Beck, 1993). Hay un alto índice de éxito del 80%, en pacientes con ansiedad, que estaban libres de síntomas después de 1-2 años, a menudo acompañado de una mejora importante en otras dimensiones.” (Meichenbaum, 1997, p. 150). La evidencia empírica (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000; Barrowclough et al., 2001; Kenardy et al. 2005; Ladouceur et al., 2000; Öst, Thulin & Ramnero, 2004; Schmidt et al., 2000) demuestra que, tanto en los casos de TAG como de TP, se alcanzan mayores niveles de eficacia cuando se aplica un mínimo de 12 sesiones de TCC, de una hora a una hora y media de duración, llevadas a cabo de forma semanal, aproximadamente durante 3 - 4 meses.

La División 12 de la APA (Asociación de Psicólogos Americanos), que es la División de “Psicología Clínica”, desde 1993 ha puesto en marcha un Task Force (un Grupo de Trabajo) sobre Promoción y Diseminación de Tratamientos Psicológicos Eficaces. Chambless, Sanderson, Shoham, Bennett Johnson, Pope, et al. (1996) realizaron un listado de tratamientos empíricamente validados para diferentes trastornos mentales, entre los que se incluían los más frecuentes, como los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, adicciones, trastornos de la alimentación, etc. Este listado continúa actualizándose. Véase Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, et al. (1998), Chambless y Hollon (1998), Chambless y Ollendik

(2001). Aunque falta mucha investigación por realizar, el mayor esfuerzo realizado hasta ahora corresponde sin duda a las técnicas cognitivo-conductuales. Más del 75% de las técnicas empíricamente validadas son de tipo cognitivo-conductual.

Según Del Río, Ángel, Lourdes, & Azucena, (2015) en el estudio piloto realizado en España, titulado: Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud Pública; se evidencio una reducción en discapacidad, uso de estrategias desadaptativas y creencias de miedo-evitación, lo que indica que los aspectos psicológicos tienen gran impacto en el dolor lumbar y que es posible aplicar terapia psicológica para esta dolencia logrando la disminución en los niveles de dolor crónico, las creencias sobre miedo y evitación (que indican un menor miedo al movimiento y menor nivel de evitación).

El dolor crónico es aquel que persiste más de tres meses Merskey y Bogduk, (1994); Pedrajas y Molino, (2008). Bajo la calificación de dolor crónico se suelen englobar diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas, en las que la psicología actual está trabajando de forma importante para la determinación de los factores psicológicos implicados en su desarrollo, mantenimiento, cronificación, tratamiento y/o recuperación (Casado, 2008; López, 2008; Redondo, 2008). Estudios apuntan a la efectividad que tiene la terapia de aceptación y compromiso en estos casos, porque se basa, como su nombre indica, en aceptar el sufrimiento, y por tanto en dejar a un lado la evitación como estrategia de afrontamiento, y en comprometerse con los valores u objetivos vitales (Wilson y Luciano, 2002).

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Formular un caso clínico desde el enfoque cognitivo conductual que permita realizar una evaluación e intervención psicológica, a paciente en etapa posquirúrgica por fractura de vértebra lumbar, con diagnóstico de Ansiedad Generalizada.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

Realizar evaluación psicológica, en paciente masculino de 49 años de edad, con fractura de vértebra lumbar, a través de la prueba de valoración funcional física Índice de Barthel y el inventario de Ansiedad Beck.

Intervenir desde el enfoque cognitivo conductual al paciente, con el fin de disminuir los pensamientos y conductas que generan ansiedad y malestar emocional, debido al daño físico.

Evaluar los resultados obtenidos de acuerdo al plan de intervención propuesto para el paciente.

### 3. Metodología de intervención utilizada

La metodología utilizada en esta monografía fue a través de la formulación y estudio de un caso clínico, en el cual se estudia intensivamente un sujeto o situación única, definida por Castro y Ángel (1998), como una metodología sistemática que permite formular hipótesis verificables, sobre relaciones funcionales y/o causales entre acontecimientos observados.

#### 3.1 Participantes

Tabla 1. *Participantes*

Paciente	Género	Edad	Estado civil	Nivel educativo	Ocupación	Test Aplicado	Motivo de consulta (clínico)	Número de Sesiones
1	Masculino	17	Soltero	1 semestre Pregrado	Estudiante	Escala de gravedad de Síntomas del trastorno de estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático	10
2	Femenino	55	Divorciada	Pregrado	Veterinaria	Test de Atención de Toulouse	Trastorno de estrés postraumático	12
3	Masculino	49	Casado	8 grado bachillerato	Estibador	Índice de Barthel Inventario de Ansiedad de Beck	Ansiedad Generalizada	14

**Primer paciente:** se realiza intervención psicológica durante 10 sesiones, con intensidad de 1 hora, y encuentros una vez por semana. En la valoración inicial se logra identificar que el paciente presenta malestar emocional, cuando habla sobre sus vínculos afectivos y el establecimiento de relaciones interpersonales. El paciente siente la necesidad de expresar nuevamente lo sucedido en relación con el abuso sexual que sufrió hace 4 años, también presenta otros síntomas como aislamiento social, por lo cual se realiza durante el proceso de intervención, la aplicación de la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático. (Ver anexo).

Esta intervención tuvo como objetivo identificar si existe un trastornos de estrés post traumático, promoción del autocuidado, activación de redes de apoyo y orientación al paciente en la expresión y manejo de sus emociones, a través de actividades como entrenamiento en auto instrucciones, también se trabaja a través de las metáforas con el fin de lograr una identificación y expresión de sus emociones y conducta en relación con el relato; se realiza acercamiento a su familia inmediata, con el propósito de fortalecer la comunicación y la expresión de emociones, se realiza entrenamiento en habilidades sociales con el propósito de promover el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal.

Como resultados de la intervención realizada; se logró la identificación y la adecuada expresión de sus emociones, se logró promover el autocuidado, se logra la disminución de recuerdos recurrentes dolorosos en relación con el evento traumático, y se logran activar las redes de apoyo del paciente.

**Segunda paciente:** Se ha indagado con su hija quien la acompaña sobre sus antecedentes médicos, la cual indica que la paciente presentó un accidente el 10 de febrero de 2016, cuando viajaba en la carretera de Barrancabermeja, una camioneta chocó con ella, y “presentó trauma craneoencefálico, a partir de ese momento ha presentado malestar emocional y comportamientos groseros”. Se sugiere después de la valoración inicial, realizar un examen Neuropsicológico, porque adicional, se identifican dificultades en memoria anterógrada y retrograda.

Con esta paciente, se realiza intervención psicológica durante 12 sesiones, con intensidad de 1 hora, y encuentros una vez por semana con el objetivo de establecer estrategias de restauración y compensación de las funciones cognitivas, para alcanzar el máximo rendimiento intelectual, la adaptación familiar, laboral y social, el reconocimiento emocional, la empatía y la vergüenza, pues en este momento son escasas en la paciente, de igual forma el entendimiento de las normas

sociales, lo que la ha hecho ver egocéntrica e indispueta a aceptar las condiciones que le exijan otras personas. Durante el proceso se realiza la aplicación de la prueba de Toulouse (ver apéndice anexo).

Como resultados de la intervención realizada; a partir de la tercera sesión se obtiene la disminución de comportamientos agresivos y egocéntricos en la paciente, su evolución fue satisfactoria logrando el reconocimiento de sus emociones y acatamiento de las normas en casa, mostrando un buen trato con sus familiares, logrando recuperar el grado de acercamiento afectivo que la paciente tenía con sus hijos. Respecto al restablecimiento de las funciones cognoscitivas las trabajo con neuropsicología porque los familiares decidieron llevar este proceso en un centro especializado.

### **3.2 Estudio de Caso**

**Tercer paciente:** presenta trastorno de ansiedad generalizada, como se describe en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. (2014, Citado por APA, 2014). Se menciona el trastorno de ansiedad generalizada en el numeral, 300.02 (F41.1). Seleccionado para el estudio de caso clínico. Se realiza intervención psicológica durante 14 sesiones, con intensidad de 1 hora, y encuentros una vez por semana con el objetivo de ayudar en la adaptación y funcionamiento a la condición física actual, se trabaja a través de metáforas la identificación y expresión de sus emociones, al igual que la respiración diafragmática con el propósito de ayudar a disminuir la ansiedad que manifiesta, debido a su condición actual luego de sufrir fractura de vértebra lumbar. Durante el proceso de atención psicológica, se realiza la aplicación de la prueba de valoración funcional física Índice de Barthel y el inventario de Ansiedad Beck. (Ver anexo).

### **3.3 Muestra**

Se seleccionó un paciente de género masculino de 49 años de edad, con fractura de vértebra lumbar, para el estudio de caso clínico. El paciente pertenece a estrato socioeconómico 3, habitante de Girón - Santander, de oficio estibador, curso hasta 8 grado de bachillerato, miembro de familia nuclear, su sistema es equilibrado y estructurado con sentimientos de unión y compromiso de cuidado y apoyo mutuo, donde cada miembro realiza las funciones establecidas

jerárquicamente, en armonía e interacción multidireccional, donde todos los integrantes influyen y son influidos por los demás, compuesta por papá (paciente identificado), mamá (esposa) ama de casa, con 45 años de edad y 3 hijos, sus edades son de 3, 9 y 15 años respectivamente, en etapa escolar. En la relación de padres-hijos han logrado superar los problemas de adaptación escolar en sus hijos, así como problemas emocionales y de comportamiento de acuerdo a sus edades, evitando el maltrato físico y verbal y promoviendo los valores y costumbres que les generan satisfacción y unión familiar. A nivel de pareja, la convivencia es satisfactoria orientada a la comunicación y tolerancia.

### **3.4 Instrumentos**

#### **3.4.1 Instrumentos de Exploración.**

**Consentimiento Informado:** Documento fundamental en el ejercicio clínico, para orientar en el proceso de evaluación e intervención, con el fin de brindar y acceder a la información personal del paciente, respaldados por la Ley 1090 del 2006, bajo los parámetros y principios éticos del profesional en el cual se consagra que el psicólogo no podrá practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente. (Ver Anexo)

**Historia Clínica:** En este instrumento se registran los datos personales, escribiendo textualmente y entre comillas, lo referido por el paciente como motivo de consulta, este documento que se va enriqueciendo durante el proceso terapéutico. La historia clínica se describe como un instrumento que reúne datos personales, emocionales, escolares, laborales y sociales, como parte del proceso de atención psicológica, que contiene información relativa a la historia y evolución de la problemática referida por el consultante, también es un registro completo de atención prestada y es de carácter confidencial.

La Resolución 2546 de julio 2 de 1998, el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, define la historia clínica, en su artículo primero como:

Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho

documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Resolución 2546, 1998).

**Entrevista Psicológica:** Fernández-Ballesteros (2001) citado por Perpiñá (2012).

Describen la entrevista psicológica como instrumento que contribuye a la organización de los puntos básicos dentro del proceso general de evaluación psicológica; en el cual se busca la conceptualización de un problema, la formulación de hipótesis, la selección y la definición de metas terapéuticas y la evaluación del progreso y seguimiento.

**Entrevista Semiestructurada:** A través de preguntas importantes y significativas, realizadas al paciente en diferentes sesiones, se busca reunir información como datos sociodemográficos, historia educativa, familiar y laboral. Preguntas para determinar ausencia, sospecha o presencia de criterios que permitan formular una hipótesis diagnóstica.

**Genograma:** Suarez (2010) define el genograma como una la representación gráfica a través de un instrumento que registra información sobre estructura y/o composición de una familia y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros de por lo menos tres generaciones; mediante el uso de símbolos permite al entrevistador recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del núcleo familiar, este instrumento dinámico debe de actualizarse periódicamente por los cambios que se suceden en el transcurrir del tiempo en la familia. Su construcción al principio demanda entre 20 a 30 minutos, con la práctica toma un promedio de 12 minutos.

### 3.4.2 Instrumentos de evaluación.

Los instrumentos de evaluación psicológica presentados a continuación, han sido utilizados con el propósito de recolectar datos referentes a las características psicológicas y físicas del paciente seleccionado para el estudio de caso clínico. Se realiza aplicación de la prueba de valoración funcional física, índice de Barthel con el objetivo de valorar la autonomía del paciente para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.; y el inventario de ansiedad de Beck, esta escala está diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a

los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos se describe en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. (2014, Citado por APA, 2014).

### **Índice de Barthel**

**Nombre:** Índice de Barthel

**Nombre original:** The Barthel Index

**Autores:** Mahoney y Barthel

**Adaptación española:** Baztán, J.J., González, J.I., & del Ser, T. (1994).

**Tipo de instrumento:** Escala de observación

**Objetivos:** Mide la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria.

**Población:** Ancianos o pacientes con patología cerebrovascular o demencia vascular.

**Número de ítems:** Se evalúan 10 actividades

**Tiempo de administración:** menos de 5 minutos

**Normas de aplicación:** normas básicas de aplicación, instrucciones, etc.

**Corrección e interpretación:** La puntuación va de 0 (paciente encamado y totalmente dependiente) a 100 (persona independiente y sin limitaciones para el desplazamiento). El máximo para pacientes que usan silla de ruedas es 90. Las categorías de los ítems van en intervalos de 5 puntos. A partir de 60, el paciente es considerado como suficientemente independiente. Se gradúa el nivel de dependencia en: Total. - menor que 20; Grave. -entre 20 y 35; Moderada. - entre 40-55 y Leve. - mayor o igual a 60.

**Momento de aplicación:** evaluación pre-tratamiento (en la entrevista realizada al cuidador).

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

**Nombre del test:** Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

**Autor:** Aaron T. Beck y Robert A. Steer

**Autor de la adaptación española:** Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández Editor de la adaptación española Pearson Educación, S.A.

**Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:** 2011

**Constructo evaluado:** Ansiedad

**Número de ítems:** 21 ítems

**Área de aplicación:** Psicología clínica, del deporte, Educativa, forense y Neuropsicología

**Soporte:** Administración oral o papel y lápiz

### 3.5 Procedimiento

Inicialmente se realiza apertura de Historia clínica, recepción de caso, firma de consentimiento informado, esta fase de exploración fue guiada por diversos autores entre ellos Fernández-Ballesteros (1980, 1983) y Fernández-Ballesteros y Carrobles (1981): teniendo en cuenta, la formulación y evaluación del problema o motivo de consulta, la formulación de hipótesis, selección de conductas-clave y variables relevantes, historia personal del paciente, descripción sincrónica, diagnóstico, en el proceso se destinaron algunas sesiones para la aplicación de instrumentos psicotécnicos que permitieran un mayor abordaje del estudio de caso, con base en los resultados se realiza la implementación del plan de tratamiento. Posteriormente se llevó a cabo la intervención desde el enfoque cognitivo conductual en catorce (14) sesiones, con intensidad de 1 hora, y encuentros una vez por semana. Dicha intervención se realizó a través de la utilización de técnicas terapéuticas que permitieron abordar las problemáticas identificadas en la fase inicial de exploración del estudio de caso. Siguiendo lo anterior se realizó seguimiento después de un mes de haber realizado cierre de caso, a través de la observación y diálogo sostenido durante la terapia física en la IPS Neurotrauma Center, en la cual el paciente manifestó la disminución de los síntomas de preocupación y tristeza, la disminución y control de los pensamientos distorsionados e ideas irracionales sobre sí mismo, el ambiente y su futuro y las conductas que le generaban ansiedad y malestar emocional debido al daño físico.

#### 3.5.1 Datos demográficos.

A continuación, se realiza la descripción de los datos sociodemográficos del paciente seleccionado para este estudio de caso y los datos de su cuidador; es importante el registro de los datos primarios o secundarios que podamos obtener, pues nos brindan información de su formación, región, ocupación y datos importantes que serán tenidos en cuenta durante el proceso.

#### Datos del solicitante

Nombres y apellidos	Paciente
Edad	49 años

Dirección de residencia	Girón - Santander
Teléfono celular	0
Entidad (EPS)	Neurotrauma Center
Escolaridad	8 bachillerato
Ocupación	Estibador

**Datos acudiente:**

Nombre y Apellidos	Esposa
Edad	45 años
Dirección de residencia	Girón - Santander
Teléfono celular	0
Escolaridad	5 de primaria
Ocupación	Ama de casa

**3.5.2 Genograma.**

En la Figura 1, se describe el genograma del paciente de 49 años de edad, que hace parte de una familia nuclear. Compuesta por su esposa, ama de casa de 44 años de edad, con un matrimonio hace 16 años, su relación de pareja se basa en ayuda mutua, respeto y tolerancia, manifestó que ha sido su gran apoyo y motivación en todos los momentos de su vida; 2 hijos mayores con edades de 9 y 15 años respectivamente, en etapa escolar, y un tercer hijo de 3 años de edad “el cual fue un regalo de Dios para sus vidas” como lo expresa el paciente, sus relaciones familiares son satisfactorias con cada integrante de su familia, hermanos y padres, como lo exterioriza “la familia debe ser lo primero” valores como el respeto, la justicia, la honestidad, la comunicación y responsabilidad han sido las bases que de generación en generación se transfieren, con el propósito de mantener una relación armoniosa en la familia. Las normas en el hogar son respetadas por cada miembro pues dependiendo la edad se le asignan tanto deberes como normas que debe cumplir, normas personales como normas generales en beneficio del núcleo familiar como el aseo, tareas asignadas tanto del colegio como tareas asignadas a cada miembro para llevar una adecuada convivencia.

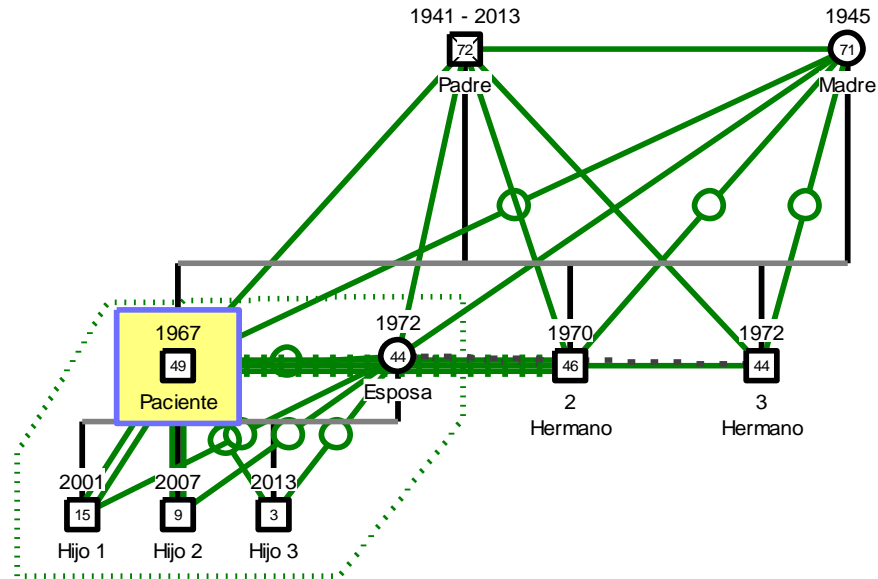


Figura 1. Genograma

Fuente: Elaboración propia.

### 3.6 Descripción del caso Clínico.

#### 3.6.1 Motivo de Consulta.

El paciente expresó: “Quiero volver a recuperar la paz, tengo mucha ansiedad, me dan ganas de llorar por todo, no duermo casi, me siento como león enjaulado, porque no puedo hacer todo lo que siempre he hecho”.

#### 3.6.2 Descripción del problema.

Paciente masculino de 49 años de edad, con fractura de vértebra lumbar, perteneciente a estrato socioeconómico 3, habitante de Girón - Santander, miembro de familia nuclear, compuesta por papá (paciente identificado), mamá (esposa) ama de casa, con 45 años de edad y 3 hijos, de edades 3, 9 y 15 años respectivamente; paciente de oficio estibador, aceptado laboralmente en contrato de prestación de servicios, en una bodega de harina de trigo industrial, se encontraba desempeñando funciones propias de su oficio, en uno de sus desplazamientos cargando un bulto de 50 kg de la bodega al camión, al estar arrojando un bulto de la pila que estaba a una altura de 1-2 planchas, cayó sobre el paciente, la pila completa que estaba al lado y

ocasiono su caída al suelo, originando la pérdida de conocimiento momentáneo y quedando con las piernas atrapadas por los bultos que caen, según lo manifestó el paciente. De inmediato fue llevado a atención a la clínica, donde estuvo hospitalizado durante un mes, presentando al ingresar dolor lumbar y disminución de la fuerza de miembros inferiores. Le realizan manejo analgésico, toma de una tomografía axial computarizada (TAC) de la columna lumbar y es valorado por neurocirugía, quien encuentra en imágenes diagnósticas luxación lumbar, por lo cual solicita radiografía y resonancia magnética; imágenes que muestran leve escoliosis, no fracturas visibles en la radiografía y resonancia magnética, muestra compresión anterior lumbar por hematoma muy posiblemente, hay alteración de los ligamentos por lo tanto se ordena nuevo tac que, al ser valorado por neurocirugía, muestra alienación de columna y se interpreta como gran inestabilidad de columna lumbar. Se hace interconsulta por clínica del dolor y se hace manejo intra- hospitalario. Ante los resultados de la presencia de un cuadro de inestabilidad de columna lumbar y con clínica de paraparesia y parestesias en miembros inferiores y severa lumbalgia, neurocirugía ordena intervención quirúrgica, previa modulación/manejo del dolor.

El paciente es intervenido quirúrgicamente 15 días después de haber ocurrido el accidente; se realiza cirugía de reducción abierta por ruptura ligamentaría y con artrodesis. Se encuentra en procedimiento fractura vertebral en L4. Se mantiene en manejo pos operatorio, por clínica del dolor y uso de corset, presentó en el pos operatorio cuadro febril por lo cual es valorado por medicina interna para estudio de su cuadro y se define bacteremia por lo cual se indica manejo con antibiótico, por 14 días e inicia rehabilitación en atención domiciliaria y en la IPS Neurotrauma, con terapias físicas, desplazándose con ayuda de bastón canadiense.

El paciente se presenta a valoración por psicología, como parte de la valoración integral que realiza la IPS, para conocer sus necesidades de atención psicológica. Luego de la entrevista inicial se observa que el accidente que presentó el paciente, ha generado consecuencias negativas a nivel emocional y económico debido a que el paciente recibía un sueldo básico y otra parte de dinero por comisión dependiendo de la cantidad de material que trasladara. Esta situación ha hecho que su esposa se vea obligada a trabajar para ayudar con los compromisos económicos adquiridos. Las necesidades económicas tienen que ver principalmente con el cuidado y atención de 3 hijos.

Otra situación que aqueja al paciente es el insomnio que presenta desde que salió del periodo de hospitalización, el cual no relaciona con el accidente que experimentó. En su hogar el

paciente ha modificado ciertas condiciones físicas como la adquisición de un colchón anti-escaras, cambio de domicilio, entre otros, encaminado a obtener un medio social y físico como alternativa para disminuir la sensación de malestar y que estos cambios produzcan un poco de confort físico. A pesar de estas modificaciones, el paciente manifiesta no tener tranquilidad; la sensación de dolor aumenta en las noches cuando anticipa que va a tener dificultades para dormir, estando acostado mientras su esposa duerme el piensa en su situación económica, en su situación física y a menudo concluye que no va a poder garantizarle apoyo y seguridad a su familia. Es importante resaltar que en ocasiones esta nueva organización que se da para “favorecer conductas”, pueden llevar al paciente a enmascarar una realidad en la cual el paciente no tiene la voluntad de realizar o controlar ciertas conductas y es la forma de evitarlas.

Antes del accidente, el paciente refiere que tenía un comportamiento activo, buscaba arreglar, ordenar, reparar las cosas de su casa, montaba en bicicleta todos los días. Este cambió, a un estilo de vida más pasivo ha aumentado su malestar, debido a que no puede evitar experimentar respuestas fisiológicas y dolor realizando alguna actividad. Su independencia se ha afectado debido a que necesita de apoyo para el vestido y también en ocasiones para su movilidad debido a que su pierna izquierda presenta una pérdida de función muscular, manifestando que en ocasiones “es como si la sintiera dormida o sin fuerza al caminar”. Su área sexual se ha visto afectada por la lesión, evita tener relaciones sexuales por el dolor que experimenta. La relación de pareja ha permitido el diálogo abierto frente a esta condición y ha buscado formas de compensar esto.

En la empresa de la que hace parte llevaba trabajando tres años, durante ese tiempo ha tenido buenas relaciones con sus compañeros y sus superiores, sin embargo, esto no genera tranquilidad. El paciente refiere que “en la empresa discriminan a las personas que han sufrido lesiones o presentan alguna discapacidad”. El paciente ha buscado mantener funcionamiento en su condición actual, adaptando bastones, adaptando esponjas para bañarse y cambiando la ubicación los elementos en su hogar, sin embargo su preocupación constante y excesiva por su futuro y el de su familia a partir del accidente laboral que sufrió “no lo deja vivir en paz” expresa el paciente; manifiesta sentirse como “león enjaulado”, porque no puede realizar diferentes actividades debido a su condición actual, su limitación para ciertas actividades lo mantiene en un estado emocional de tristeza, preocupación e irritabilidad.

### **3.6.3 Historia personal.**

El paciente es el mayor de 3 hermanos, miembro de una familia nuclear, quien vivió su infancia, adolescencia y adultez en la zona urbana del municipio de Girón – Santander. Inicia su escolaridad a los ocho años, sin problemas académicos o disciplinarios significativos. Su etapa de adolescencia fue basada en principios y valores inculcados por su familia, sin dificultades para relacionarse con niños y niñas de su edad, sus juegos infantiles eran propios de su edad, asumiendo el liderazgo cada vez que tenía la oportunidad.

A los 13 años cursa sexto grado de bachillerato, donde empieza a tener dificultades en algunas materias, e inicia una etapa en la cual empieza a obtener dinero de ayudas que realiza cargando y descargando camiones, en la central de abastos y empieza a decaer académicamente, manifestando que prefiere trabajar que estudiar. Sus padres se oponen y le sugieren continuar con el estudio, lo cual fue posible hasta octavo grado de bachillerato, donde ya tenía 15 años y decide salirse de estudiar y empezar a trabajar. A partir de este momento, empieza a relacionarse con adolescentes de su edad del género femenino, tiene relaciones amorosas espontáneas, hasta sus 33 años donde decide conformar un hogar nuclear, el cual conserva hasta la fecha, su esposa es ama de casa, con 44 años de edad actualmente y 3 hijos con edad de 3, 9 y 15 años respectivamente, sin riesgos prenatales en ninguno de sus 3 partos a pesar de su edad.

### **3.6.4 Descripción sincrónica.**

El paciente manifestó: pensamientos de inutilidad, afectación en su independencia, desesperanza frente a las labores en su casa y trabajo, disminución de la actividad social y recreativa, irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño o permanecer en el mismo, la inseguridad frente a su futuro y el de su familia, su limitación para jugar con sus hijos, y los pensamientos recurrentes de perdedor.

### **3.6.5 Diagnóstico.**

De acuerdo con la historia clínica y las pruebas psicológicas aplicadas se puede evidenciar, que el paciente de 49 años presenta trastorno de ansiedad generalizada, como se describe en la Guía De Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. (2014, Citado por APA, 2014). Se menciona el trastorno de ansiedad generalizada en el numeral, 300.02 (F41.1).

T.A.G: Criterios diagnósticos DSM V:

- ✓ Fácilmente fatigado
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Tensión muscular
- ✓ Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)

Tabla 2. *Diagnóstico Multiaxial del paciente*

<b>Eje I</b>	[300.02]. (F41.1).Trastorno de ansiedad generalizada.
<b>Eje II</b>	Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09].
<b>Eje III</b>	S320. Fractura de vértebra lumbar
<b>Eje IV</b>	Problemas relativos a la actividad social, laboral y recreativa
<b>Eje V</b>	EEAG: 41 (en el ingreso)

### 3.7 Objetivos Terapéuticos

A continuación, se presentan los objetivos terapéuticos propuestos para la intervención del caso clínico:

- Psico-educación en técnicas de auto control para el manejo asertivo frente al diagnóstico.
- Incrementar las habilidades de manejo del tiempo libre, a través de técnicas de distracción para disminuir la intolerancia a la incertidumbre frente a su futuro y el de su familia, realizando actividades que le resulten agradables.
- Reducir la respuesta de ansiedad en los tres niveles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor).
- Orientar el manejo de normas en higiene para dormir.
- Reconstruir la autoimagen alterada a través de la técnica de auto instrucciones.
- Reducir y reestructurar las distorsiones cognitivas.

- Facilitar la regulación emocional a través de la relajación de Jacobson y la respiración diafragmática.
- Adherencia al tratamiento, brindar seguridad y fortalecer los deseos de realizar el proceso terapéutico.

### **3.8 Plan de Intervención**

El plan de intervención se orientó desde el enfoque cognitivo conductual, a través de catorce (14) sesiones programadas, con intensidad de 1 hora, y encuentros una vez por semana, con el propósito de orientar al paciente en el manejo del auto registro; biblioterapia; implementación de estrategias para la programación de actividades; entrenamiento en higiene para dormir, entrenamiento en auto instrucciones; se instruyó en la técnica de relajación diafragmática y relajación progresiva; tareas para la casa, entre otras técnicas y herramientas terapéuticas. Lo anterior con el objetivo de disminuir las conductas inadecuadas y los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas que le generan malestar emocional al paciente como consecuencia del daño físico.

#### **3.8.1 Fase de intervención**

##### **Sesiones realizadas**

El estudio de caso clínico se llevó a cabo en catorce (14) sesiones, con intensidad de 1 hora, y encuentros una vez por semana, con el propósito de evaluar e intervenir desde el enfoque cognitivo conductual, para prevenir recaídas y reforzar positivamente conductas asertivas frente a situaciones que generaban ansiedad al paciente.

Las siguientes técnicas han sido utilizadas en el proceso de intervención en el caso que se presenta en este documento:

Sesión 1: Se realiza valoración a través de entrevista psicológica al paciente identificado, como parte de la rehabilitación integral que efectúa la IPS Neurotrauma Center, para identificar si existen necesidades de atención psicológica. Se procede a la recepción del caso, apertura de historia clínica y firma del consentimiento informado (ley 1090 del 2016, artículos 2, 25, 29; 31, 33, 36, 52.); se observa desequilibrio en las áreas de ajuste personal y social, de acuerdo a lo

expresado por el paciente: “Quiero volver a recuperar la paz, tengo mucha ansiedad, me dan ganas de llorar por todo, no duermo casi, me siento como león enjaulado, porque no puedo hacer todo lo que siempre he hecho”.

Sesión 2: A través de la entrevista semi-estructurada, se realizaron preguntas importantes y significativas al paciente, con el propósito de recolectar información como datos sociodemográficos, historia educativa, familiar y laboral, los cuales fueron registrados en la historia clínica, y a su vez ayudaron a la identificación de síntomas para realizar la aplicación de instrumentos que permitan una aproximación para realizar la impresión diagnóstica.

Sesión 3: Se realizó aplicación de la prueba de valoración funcional física, Índice de Barthel y el inventario de Ansiedad Beck (pretest), con el propósito de confirmar si existe un trastorno en el paciente.

Sesión 4: Se informa al paciente los resultados de la aplicación de la prueba de valoración funcional física, Índice de Barthel, mostrando un grado de dependencia moderada en las actividades básicas de la vida diaria y en el inventario de Ansiedad Beck, donde los resultados obtenidos evidenciaron la presencia de síntomas de ansiedad generalizada. Se acuerdan los objetivos terapéuticos y se inicia con un entrenamiento en auto instrucciones racionales, técnica cognitiva diseñado por Meichenbaum (1969) citado por Ruiz, et al (2013), con el fin de identificar los pensamientos negativos que tiene el paciente (pensamientos que fomentan su ansiedad y le impiden afrontarla) y reemplazarlos por pensamientos positivos que lo ayuden a enfrentar exitosamente su ansiedad, pretendiendo modificar el monólogo interno de los pacientes, de forma que las auto verbalizaciones negativas sean sustituidas por auto verbalizaciones positivas.

Sesión 5: Psicoeducación: Se brinda educación al paciente en lo relativo a la ansiedad que está presentando, la relación que existe entre pensamiento, emoción y acción. Se da información al respecto con el fin que el paciente entienda el problema que presenta, y así mismo aprenda a expresar verbalmente su ansiedad y a utilizar recursos prácticos que lo ayuden a liberarla de forma adecuada.

Sesión 6: Se realiza entrenamiento en higiene para dormir, debido a los reportes verbales del paciente, donde las perturbaciones del sueño le generan ansiedad y dolencias físicas (rigidez muscular, dificultad para concentrarse). El entrenamiento conductual en higiene para dormir ayuda a recuperar el sueño (Leahy, Holland, 2000).

- a. Elaboración de un programa de sueño regular
- b. La cama solo debe utilizarse para dormir
- c. Debe concentrarse al llegar a la cama en relajare
- d. Limitar la ingestión de líquidos
- e. Identificación de pensamientos automáticos y enfrentar dichas distorsiones cognitivas.

Sesión 7: Se realizó entrenamiento en la respiración completa, esto es, la que implica la musculatura diafragmática, provoca la activación parasimpática (Everly, 1989) o, lo que es equivalente, favorece la relajación, de manera que el entrenamiento en ciertas pautas respiratorias puede ser un adecuado procedimiento para la reducción de los efectos del estrés y, en general, los trastornos debidos a un exceso de activación. De acuerdo a las instrucciones y previa realización del ejercicio se le indica al paciente que lo realice, produciendo una gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen, donde el diafragma participa activamente. Se dan recomendaciones para mantener la respiración en la realización de esta técnica que le ayudara a disminuir la ansiedad y ayudara a relajarse al momento de dormir; se sugiere que debe practicarse al menos dos veces al día durante 10 minutos.

Sesión 8: Se trabaja la técnica de relajación, utilizada para la sensibilización sistemática de Sultano y Zalaquett (2000) citado por Ruiz, et al (2013) y Edmund Jacobson (1939) citado por Ruiz, et al (2013) con el propósito de obtener una relajación de los músculos mediante la identificación de las partes del cuerpo que puedan estar tensionadas y por este medio hacer que el dolor asociado disminuya, pues manifiesta dolor excesivo lo cual relaciona con la preocupación que tiene frente a su condición, se le pide que después de la demostración realizada por el terapeuta, el paciente la practique y si existen dudas que las manifieste.

Sesión 9: Se socializo y resaltó la importancia del auto registro, como técnica a utilizar a partir de ese momento, con el propósito de registrar los pensamientos y conductas que le generan malestar psicológico y físico al paciente, y así lograr un adecuado manejo y uso de su tiempo libre. Técnica elaborada por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) citado por Ruiz, Díaz, y Villalobos (2013); manejada de forma continua entre las sesiones, para que el paciente debata y refute sus creencias en la consulta psicológica, esta técnica se utiliza para la identificación del ABC, que hacen referencia a los acontecimientos activadores (A), que van acompañados de creencias irracionales (B) y cuyas consecuencias son emociones y conductas disfuncionales (C). Mostrando el siguiente ejemplo:

Tabla 3. *Ejemplo de Técnica utilizada en la sesión 9*

<b>A. Hecho activador</b>	<b>B. Pensamientos y Creencias:</b>	<b>C. Respuestas y Consecuencias Emocionales:</b>
"Mi amor me ha dejado por otro."	"No puedo estar sin él/ella. soy un perdedor debido a que me ha dejado. Es realmente terrible. Nunca encontrare otro amor."	"Me SIENTO triste. Me SIENTO furioso. Me SIENTO indigno. No puedo comer, dormir, no voy al trabajo. Bebo demasiado alcohol."

Sesión 10: Se trabaja la reestructuración cognitiva, desarrollada por Ellis, (1958); ayudando al paciente a tomar conciencia de la relación directa que existe entre sus cogniciones (pensamientos y creencias) y sus emociones y conductas, a través de la identificación de pensamientos distorsionados y creencias irracionales responsables de su problema de ansiedad, revisándolos o cuestionándolos para determinar su grado de lógica, validez y funcionalidad, y finalmente como propósito empezar a cambiarlos por otras cogniciones que se ajusten a la realidad, lo cual le ayudara a superar su problema de ansiedad.

Sesión 11: Se utiliza la técnica de distracción; como su nombre indica, son técnicas sencillas que tienen como objetivo “distracer” al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el craving. Es decir, que “cambien su enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos” (Sánchez, 2002a, pág. 39). Se le pide que en casa identifique y programe actividades que le resulten agradables.

Sesión 12: Se realiza a través de la lectura de la metáfora “Bienvenidos todos y el invitado grosero” (Wilson y Luciano, 2002), la identificación, expresión de emociones y conducta en relación con el relato, lo cual le permiten al paciente externalizar su malestar emocional y analizarlo con más distancia.

Sesión 13: a través de la lectura de la metáfora “Ejercicio del observador: no soy mis emociones; soy algo más” (Assagioli, 1971). El paciente logro visualizarse y reconocer sus emociones y los pensamientos que le producen miedo, reconociendo así mismo que él ha

aprendido a vivir con recuerdos que para él, en tiempos pasados fueron dolorosos y que a pesar que hacen parte de su vida, los aceptó y continuó con sus proyectos.

Sesión 14: Para evaluar la eficacia del programa de intervención, se realizó nuevamente la aplicación de la prueba inventario de Ansiedad Beck (postes), con el propósito de verificar si se han producido cambios significativos en la conducta problema o si se ha mantenido cuantitativamente los valores que se tuvieron como resultado inicial

Cierre de caso: Finalmente, en el desarrollo de la última sesión programada, se repasan las técnicas aprendidas y se informa al paciente y su esposa sobre la necesidad de utilizarlas en caso de presentar recaída, se concluye que se cumplió con los objetivos terapéuticos propuestos, lo cual se confirma a través de la prueba post test aplicada, al mismo tiempo se hizo cierre del caso clínico y retroalimentación desde el inicio de la consulta hasta el final del proceso.

### **3.8.2 Seguimiento.**

Se realizó seguimiento después de un mes de haber realizado cierre de caso, a través de la observación y diálogo sostenido durante la terapia física, en el cual el paciente manifestó la disminución de los síntomas de preocupación y tristeza, que no solo le impedían dormir, sino también controlar la ansiedad de todo aquello que le generaba y le impedía mantener su tranquilidad, logrando la disminución y control de los pensamientos distorsionados e ideas irracionales sobre sí mismo, el ambiente y su futuro y las conductas que le generaban ansiedad y malestar emocional debido al daño físico. Es importante resaltar, que la disposición del paciente para poner en práctica todo lo enseñado en las sesiones, ha permitido que los logros obtenidos se mantengan sin presentar recaídas.

### **3.8.3 Resultados de la intervención.**

A lo largo del tratamiento se presentaron cambios importantes y significativos, gracias a la combinación de empatía terapéutica, disposición del paciente y técnicas cognitivo-conductuales. Se obtuvo rápidamente resultados positivos y el logro de los objetivos planteados los cuales se han mantenido sin presentar ninguna recaída. Esta monografía muestra la importancia que tienen los aspectos psicológicos en pacientes con este diagnóstico y la relación que existe entre el factor cognitivo y la percepción del dolor.

El inventario de Ansiedad de Beck, fue aplicado en el estudio de caso, con el objetivo de identificar en el paciente síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad, lo cual se logró tanto al inicio del proceso como al final del mismo. Los resultados obtenidos de la interpretación de la prueba, corresponden a una ansiedad grave, de acuerdo a las puntuaciones de corte para la evaluación de la gravedad de la ansiedad. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido en la segunda edición del manual original del BAI, Beck y Steer (1993) proponen los siguientes puntos de corte para definir las distintas categorías de gravedad de la ansiedad: 0-7 = “normal”; 8-15 = “leve”; 16-25 = “moderada”, y 26-63 = “grave”.

De acuerdo con lo anterior es evidente la gravedad de los síntomas de ansiedad que presenta el paciente. En la sesión tres, se aplicó un pretest, con un puntaje de 35, indicando que el paciente presentaba “Ansiedad Grave” como lo indica la Figura 2. En la sesión 14, se aplica el postest, evidenciándose una disminución en la ansiedad al nivel “ansiedad leve” de acuerdo a los niveles de ansiedad propuestos por Beck y Steer (1990). (Tabla 2).

Tabla 4. Niveles de ansiedad de sintomatología ansiosa (Beck y Steer, 1990)

Nivel de Ansiedad	Puntaje
Normal	0-9
Leve	10-18
Moderada	19-29
Grave	30-63

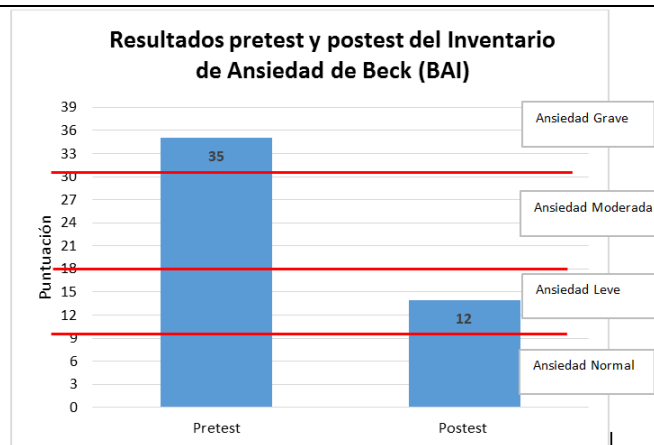


Figura 2. Puntuación Global de la prueba BAI del paciente bajo estudio

Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia de acuerdo a la Figura 3 los resultados del índice de Barthel, que el paciente presentó dependencia en las actividades básicas como: lavarse, vestirse, usar retrete. En los parámetros “deposición y micción”, presentó necesidad de mínima ayuda en su realización al igual que al “trasladarse, deambular y escalones”. Para “comer y arreglarse” es totalmente independiente. En conclusión, se puede determinar que el paciente presentó un grado de “dependencia moderada”, con una puntuación de 50% de independencia de acuerdo a las puntuaciones de la Tabla 3.

Tabla 5. *Parámetros de Calificación del índice de Barthel*

Resultado	Grado de Dependencia
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>60	Leve
100	Independiente

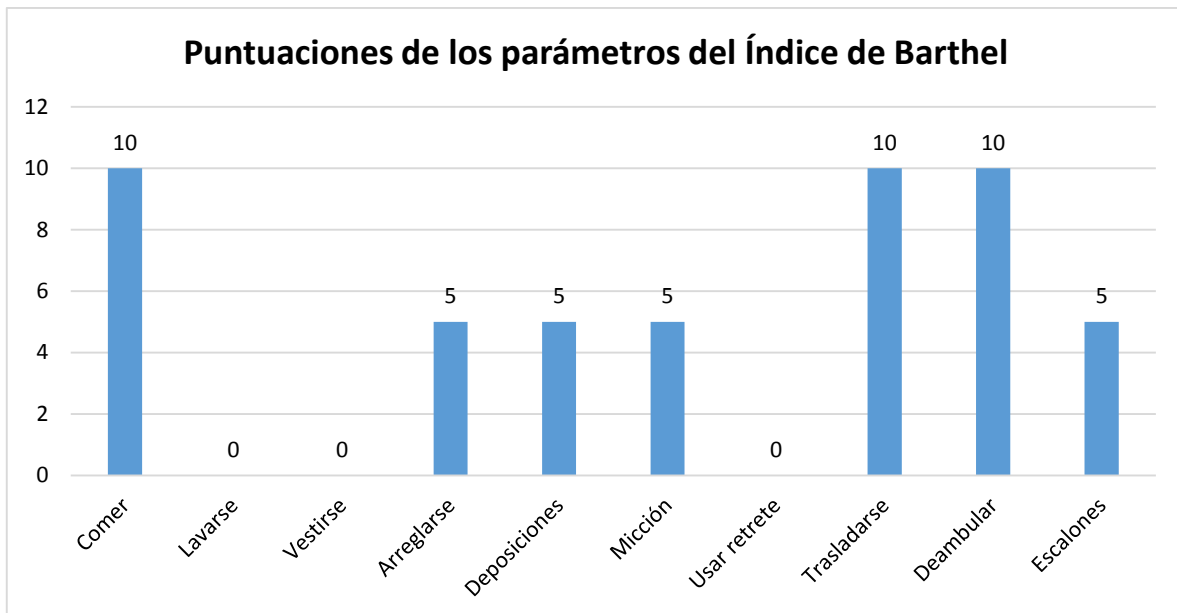


Figura 3. Puntuaciones de los parámetros del Índice de Barthel.

Fuente: Elaboración propia.

Tras la intervención, el paciente refiere una mejora en su calidad de vida, al modificar ciertos comportamientos desadaptativos por otros adaptativos, incrementando la expresión de emociones y reconstruyendo la imagen que tenía de sí mismo, a nivel cognitivo, fisiológico y motor, logro reducir la respuesta de ansiedad frente a su diagnóstico, se logró la reducción de pensamientos indeseados y modifico la interpretación de los mismos, se aprecian cambios en el lenguaje cuando se refiere a sí mismo, es capaz de auto-reforzar su conducta y apreciar aspectos positivos de sí mismo, opto por hábitos de sueño más saludables, que le han permitido minimizar el insomnio que venía presentando.

#### 4. Discusión

Esta monografía aportó conocimientos teóricos y prácticos desde el enfoque cognitivo conductual, necesarios para la implementación de un plan de tratamiento a través de técnicas y herramientas terapéuticas, con el propósito de disminuir la sintomatología ansiosa en el paciente con trastorno de ansiedad generalizada en etapa posquirúrgica por lesión de vértebra lumbar, orientada a reducir las preocupaciones, mejorar su capacidad para relajarse, concentrarse y afrontar los problemas. En relación a su tiempo libre, se implementó un plan de actividades con el fin de realizar aquellas que le agraden y así tener un mejor manejo del tiempo libre, se consiguió disminuir la intolerancia a la incertidumbre frente a su futuro y el de su familia, consiguiendo que se relajara, focalizando su atención en pensamientos positivos. Los resultados obtenidos en el momento de cierre de caso, evidenciaron cambios significativos, lo cual indica la eficacia del plan de intervención planteado y desarrollado, a través de las diferentes técnicas utilizadas y pautas terapéuticas acordadas, que se pusieron en práctica desde el inicio de los acuerdos terapéuticos en cada sesión, hasta el cumplimiento de los mismos, permitiendo la modificación de pensamientos y conductas que generaban ansiedad y malestar emocional al paciente, debido al daño físico.

En el Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. 2012;21(3):1-2, asocian el cuadro clínico del trastorno de ansiedad generalizada con el estado mental, social y la salud en general del individuo y dolor corporal, que interfieren en sus actividades diarias, lo cual afecta de forma negativa la relación social y laboral.

Es importante resaltar, que los trastornos de ansiedad son los cuadros clínicos más frecuentes que existen en la población general. Según muestran varios estudios, entre un 13 y un 15 % de la población padecerá en algún momento de su vida problemas relacionados con la ansiedad (Echeburúa, 1993). Entre todos los trastornos de ansiedad, el trastorno por ansiedad generalizada, es el que mayor número de personas afectadas presenta: hasta un 4% de la población (Jarne, 2005). Por lo anterior, han surgido diversos modelos psicológicos que ayudan a las personas adaptarse al medio donde interactúan; consiguiendo que su desempeño sea dirigido a llevar una mejor calidad de vida.

Botella y Benedito (1992), resaltan la relación que acompaña la sensación de tensión interna y la dificultad para relajarse con la ansiedad permanente que presenta quien padece este trastorno.

Es frecuente la hiperactividad del sistema nervioso, ya que los pacientes tienden a quejarse de cefalea, sudoración excesiva, dolores musculares, insomnio, impaciencia, preocupación, irritabilidad (Ayuso, 1988).

En la actualidad la terapia cognitivo conductual se ha convertido en una alternativa terapéutica segura y eficaz, para el tratamiento de diversas perturbaciones, que permite identificar y cambiar los aspectos desadaptativas del comportamiento y del procesamiento de la información; y genera mejores resultados que administrar medicamentos únicamente (Scott, 2006).

El propósito de la intervención terapéutica, no es solamente obtener resultados positivos en el proceso o que el tratamiento cumpla con los objetivos propuestos, sino que se mantenga con el paso del tiempo e incluso que las técnicas aprendidas sean utilizadas en caso de una recaída. Es por esto que se hace necesario un seguimiento al proceso terminada la intervención, con el fin de obtener información que permita verificar, si se mantienen los resultados del tratamiento o si han aparecido efectos no deseados atribuibles a la intervención realizada.

## 5. Conclusiones

Se concluye que la psicología clínica, ha sido una nueva oportunidad para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades terapéuticas, que fueron aplicadas en el proceso de evaluación e intervención en el estudio de caso clínico seleccionado. De acuerdo con lo anterior, se concluye que es esencial la aplicación de pruebas psicológicas en diversos procesos, para evaluar y medir la conducta problema manifestada por el paciente que acude a consulta psicológica, con el fin de descartar o verificar la presencia de sintomatología y poder definir el diagnóstico.

Mediante el análisis de estudio de caso clínico, se realiza intervención desde el enfoque cognitivo – conductual, a paciente de 49 años con trastorno de ansiedad generalizada, quien se encuentra en etapa posquirúrgica por fractura de vértebra lumbar. Intervención que resulta efectiva, lográndose la disminución del malestar clínicamente significativo, mediante los principios y procesos éticos según los lineamientos la ley 1090 del 2006. En este estudio de caso clínico se utilizó la prueba de valoración funcional física, Índice de Barthel y el inventario de Ansiedad Beck. Se realizó aplicación de las pruebas y en los resultados se evidencio la presencia de síntomas de ansiedad generalizada. Es importante resaltar que, a través del análisis de los resultados arrojados por las pruebas aplicadas, se diseñó un plan de intervención a través de la aplicación de técnicas y herramientas cognitivas conductuales; que fueron ajustadas al estudio de caso clínico, el cual tuvo como resultado el cumplimiento de los objetivos propuestos, los cuales fueron corroborados por las verbalizaciones del paciente durante las sesiones y encuentros programados durante la intervención y posteriores a la aplicación del tratamiento, donde el paciente manifestó la disminución de pensamientos y conductas que generaban ansiedad y malestar emocional, debido al daño físico, manifestó satisfacción por el logro alcanzado al poder modificar ciertos comportamientos desadaptativos por otros adaptativos, la identificación y la expresión de emociones fueron un factor importante en los cambios manifestados, lo cual permitió minimizar la irritabilidad y tristeza que estaba presentando, la modificación en sus hábitos de sueño le han permitido minimizar el insomnio que venía presentando, adquiriendo una mejor calidad en el descanso nocturno. A lo largo del tratamiento se presentaron cambios importantes y significativos, los cuales se han mantenido sin presentar ninguna recaída.

## 6. Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.
- Amorós, M. O., Carrillo, X. M., Alcázar, A. I. R., Saura, C. J. I., Saura, C. J. I., Carrillo, F. J. M., & Alcázar, I. A. R. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 19(2), 193-204.
- Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. España: Mc Graw Hill.
- Benedito, Monleón, Ma. Carmen; Botella, Arbona, Cristina. (1992). El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo-comportamentales. *Psicothema*,. 479-490.
- Beutler, L. E., Housley, J., Gierlach, E., & Joseph, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la psicología clínica de la salud. *Papeles del Psicólogo*, (91), 39-46.
- Boussard, M., Gaspar, E., Labraga, P., & D'Ottone, A. (2002). Pautas terapéuticas de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*,66(2), 130-152.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Ediciones Pirámide.
- Caballo, V., & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Carro-de-Francisco, C., & Sanz-Blasco, R. (2015). Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica y Salud*, 26(3), 159-166.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137.

- Cid-Ruzafa, Javier, & Damián-Moreno, Javier. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. Recuperado en 13 de junio de 2016, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es).
- Compas, B.E. & Gotlib, I. H. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Río, Eva del; Herrero, R; Enrique, Á; Peñalver, L; García Palacios, A; Botella, C; Ballester, F. J.; Doménech, J. (2015). Tratamiento Cognitivo Conductual en Pacientes con Dolor Lumbar en Salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 20 Issue 3, p.231-238.
- Doctrina del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. Colegio Colombiano de Psicólogos1. Disponible en: [http://www.colpsic.org.co/aym\\_image/files/DOCTRINA\\_No\\_01-](http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/DOCTRINA_No_01-)
- Engers, A., Jellema, P., Wensing, M., Van der Windt, D. A. W. M., Grol, R., & Van Tulder, M. W. (2008). Educación del paciente individual para el dolor lumbar. *La Biblioteca Cochrane Plus*.
- Boletín de la ANMM. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4). Recuperado en 29 de julio de 2016. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002617422013000400009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422013000400009&lng=es&tlng=es).
- Feliú, M. T. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.
- Fernández López, Odalis, Jiménez Hernández, Bárbara, Alfonso Almirall, Regla, Sabina Molina, Darelys, & Cruz Navarro, Julia. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479. Recuperado en 08 de junio de 2016, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2012000500019&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2012000500019&lng=es&tlng=es).
- Ferrero, B. S. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 43(3), 343-351.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.

Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. (2011). *Doctrina no. 01 junio de 2011. Manejo de la historia clínica en todos sus campos de aplicación en psicología.*

## **7. Apéndices**

## Apéndice A. Consentimiento Informado



NEUROTRAUMA CENTER

Neurotrauma Center

## Consentimiento Informado Psicología

Fecha

Nombres completos del  
usuario

Número de identificación

Nombres completos de los  
representantes legales  
(padres)

Edad del usuario

Numero de contacto

Nombre del profesional

Número de identificación del  
profesionalCaracterísticas del tratamiento

Desde el momento en que solicito ser atendido o remitido a psicología, el terapeuta realiza la valoración del motivo de consulta. Para esta fase se estima un tiempo de dos sesiones, en las cuales se formula el caso.

El tratamiento se realiza siguiendo los objetivos y actividades formulados en el plan de tratamiento. El tiempo estimado es de \_\_\_\_\_ sesiones. La intervención se hace desde un enfoque cognitivo-conductual de terapia breve, el cual pone énfasis en la resolución de los problemas en el presente, este enfoque cuenta con validación empírica y alta efectividad para el tratamiento de trastornos emocionales, trastornos de ansiedad, problemas de aprendizaje, adicciones, terapia de pareja.

El tratamiento se llevará a cabo \_\_\_\_\_ veces por semana, según recomendación del profesional tratante. Las consultas tienen una duración promedio de 50 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.

Se pondrá a disposición del usuario los medios idóneos, pertinentes y conducentes para el logro de los resultados esperados; poniendo a su disposición el saber, utilizando las mejores y más reconocidas estrategias de intervención.

El paciente se responsabiliza a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta y practicar con regularidad las habilidades aprendidas en las sesiones.

El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el consultante en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros. Reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable.

---

El consultante responde económicamente por el espacio pautado, aunque no concurra, salvo que haya una comunicación efectiva con el profesional con al menos 24 horas de anticipación y éste encuentre pertinente proponer un horario alternativo para la consulta. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.

---

Excepción a la confidencialidad:

Art. 2°, numeral 5° de la ley 1090 de 2006: “los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales: 5. Confidencialidad: los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría en un evidente daño a la persona o a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

---

Firma del usuario y/o representante legal  
C. C.


Firma del profesional  
T.P.

Firma del usuario y/o representante legal  
C. C.

---

---

**Apéndice B. Formato Valoración Inicial.**

 NEUROTRAUMA CENTER	<b>PROCESOS ASISTENCIALES</b>	<b>CODIGO:</b>
	<b>NEUROREHABILITACION</b>	<b>VERSION: 01</b>
	<b>INFORME INICIAL DE VALORACION</b>	<b>PAGINA:40</b>

**VALORACION INICIAL POR PSICOLOGIA**

**1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

<b>NOMBRE</b>
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>
<b>EDAD</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>ESCOLARIDAD</b>
<b>OCUPACION</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>
<b>EPS</b>
<b>DIRECCION</b>
<b>TELEFONO</b>
<b>HIJOS</b>
<b>ACOMPAÑANTE</b>
<b>Observación</b>


**2. DIAGNOSTICO**

<b>NOMBRE DEL DIAGNOSTICO</b>
-------------------------------

**3. PSICOLOGIA**

<b>ESTADO ACTUAL</b>	
<b>PLAN DE TRATAMIENTO</b>	Objetivo general
	Objetivos específicos
	Actividades
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL</b>	Nombre del profesional:
	Nº Registro:


**Apéndice C. Formato de Evolución Terapéutica**

 NEUROTRAUMA CENTER	<b>PROCESOS ASISTENCIALES</b>	<b>CODIGO:</b>
	<b>NEUROREHABILITACION</b>	<b>VERSION: 01</b>
	<b>INFORME EVOLUCIÓN</b>	<b>PAGINA:41</b>

**INFORME EVOLUCIÓN TERAPEUTICA**

<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE EVOLUCION DIARIA PSICOLOGÍA</b>
		Nombre del profesional: N° Registro:
		Nombre del profesional: N° Registro:
		Nombre del profesional: N° Registro:
		Nombre del profesional: N° Registro:
		Nombre del profesional: N° Registro:

**Apéndice D. Informe Final de Psicología**

 NEUROTRAUMA CENTER	<b>PROCESOS ASISTENCIALES</b>	<b>CODIGO:</b>
	<b>NEUROREHABILITACION</b>	<b>VERSION: 01</b>
	<b>INFORME FINAL DE PSICOLOGIA</b>	<b>PAGINA:42</b>
<b>PSICOLOGÍA</b>		
<b>Seguimiento del plan de tratamiento</b>	Numero de sesiones realizadas: Numero de sesiones programadas: Fecha de inicio del plan de tratamiento: Fecha de terminación de tratamiento:	
<b>EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA</b>		
<b>Descripción del proceso</b>		
<b>Logros del tratamiento</b>		
<b>Objetivos pendientes por alcanzar</b>		
<b>Observaciones</b>		
<b>Nombre, firma y sello del profesional</b>	Nombre del profesional: N° Registro:	

**Apéndice E. Formato de Formulación Clínica**

**1. LISTADO DE PROBLEMAS Y OBJETIVOS TERMINALES**

Paciente: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Motivo de Consulta:**

<b>Problemas</b>	<b>Descriptores</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Indicadores de Progreso</b>
Se definen los problemas identificados	Se realiza una descripción detallada del problema a partir de:	Objetivo que quiere alcanzar el consultante con el proceso terapéutico		Progresos específicos (medidas) que permiten evidenciar que la persona está alcanzando los objetivos planteados
	Canales de respuesta: Fisiológico-somático Cognitivo-verbal Motor-conductual Factores ambientales relevantes			
Otros Problemas Identificados				

**2. ANÁLISIS FUNCIONAL – CLASES DE RESPUESTA**

Paciente: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Conducta Problema:**

<b>Antecedentes</b>				
<b>Contexto</b>	<b>Evento</b>	<b>Relación</b>	<b>Respuestas</b>	



**Verbales**

Identificar las reglas verbales presentes.  
 NOTA: Las reglas verbales no son pensamientos automáticos

**Opuestas**

**CLASES DE RESPUESTA IDENTIFICADAS**

<b>Estructurales</b>	<b>Variables de Control</b>	<b>Funcionales</b>	<b>Variables de Control</b>
Control antecedente: Se encuentran relacionadas con la activación del sistema nervioso simpático	Identificar los eventos que generan la activación del SNS	Control Consecuente: Evitación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situacional</li> <li>• </li> <li>• Emocional</li> </ul> Aproximación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresión</li> <li>• Impulsividad</li> </ul>	¿Qué evita? ¿Qué consigue?

**4. HIPÓTESIS DE ADQUISICIÓN**

Paciente:

Terapeuta:

Supervisor:

Fecha:

<b>Problemas</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Factores Precipitantes</b>	<b>Vulnerabilidades</b>	<b>Factores Protectores</b>
		Eventos que dan lugar al desarrollo del problema	<b>Biológica</b> Herencia	<b>Biológicos</b>

**Psicológica**  
Experiencias previas de  
falta de predicción y  
control

**Psicológicos**

---

**Ambiental/Contextual**  
Factores de riesgo  
actuales

**Ambientales**

**Hipótesis de Adquisición:**

### 5. HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO

Paciente:

Terapeuta:

Supervisor:

Fecha:

Factores Contextuales	Proceso Causal	Hipótesis de Mantenimiento
	<b>Biológico</b> <b>Aprendizaje/Condicionamiento</b> <b>Repertorios</b>	
	<b>Aprendizaje/Cognoscitivo</b>	
	<b>Motivacional</b>	
<b>Hipótesis de Mantenimiento:</b>		

## 6. METAS Y ACTIVIDADES CLÍNICAS

Paciente:

Terapeuta:

Supervisor:

Fecha:

<b>Hipótesis de Mantenimiento</b> <b>(¿Por qué?)</b>	<b>Metas Clínicas Generales y Específicas</b> <b>(¿Qué?)</b>	<b>Actividades</b> <b>(¿Cómo?)</b>	<b>Orden</b>
---	---	---------------------------------------	--------------

---

## Apéndice F. Índice de Barthel: Actividades Básicas de la vida diaria

### Índice De Barthel

**Actividades básicas de la vida diaria**  
Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		

## Apéndice G. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

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