

**Entrenamiento en Evaluación e Intervención terapéutica en pacientes en el
Centro de Proyección Social de Piedecuesta. (CPS) del Municipio Piedecuesta
(S.)**

Gerson Antonio Tabares Rangel

Asesora:

PhD: Ana Fernanda Uribe Rodríguez



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FLORIDABLANCA**

2014

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRAC	5
REFERENTE TEORICO	6
METODO	14
Muestra	14
Instrumentos	15
Procedimientos	21
RESULTADOS	23
Caso clínico seleccionado	26
Instrumentos	27
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS	42
ANEXOS	
Anexo 1. Historia clínica.	47
Anexo 2. Inventario de Beck	53
Anexo 3. IBQ (Illness Behaviour Questionnaire)	57
Anexo 4. Escala de Estrategias de COPING – MODIFICADA	60
Anexo 5. Cuestionario MOS de apoyo social	66

Anexo 6. Cuestionario breve para la evaluación del dolor CBD	68
Anexo 7. Cuestionario de MCGILL-MELZACK	73
Anexo 8. Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE)	75
Anexo 9. Material de apoyo (folleto sobre trastorno mixto)	78
Anexo 10. Estudio de Caso	80

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Distribución de la población atendida según estado civil.

TABLA 2. Distribución de la población atendida según nivel socioeconómico.

TABLA 3. Distribución de la población según escolaridad de los pacientes atendidos.

TABLA 4. Distribución de la población atendida según su motivo de consulta.

TABLA 5. Valoración multiaxial del proceso terapéutico

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO1. Porcentaje de personas que asistieron por su propia cuenta o por remisión.

GRAFICO 2. Porcentaje en asistencia e inasistencia.

GRAFICO 3. Evaluación de la Activación global.

RESUMEN GENERAL DE LA MONOGRAFIA

Título: Entrenamiento en Evaluación e Intervención en Problemáticas de Consulta en el Centro de Proyección Social (CPS) del municipio de Piedecuesta.

Autor: Gerson Antonio Tabares Rangel

Facultad: Especialización en Psicología Clínica

Directora: Phd Ana Fernanda Uribe Rodríguez

La presentación del informe se da con base en el trabajo realizado durante el tiempo de práctica en el Centro de Proyección Social CPS del municipio de Piedecuesta (S.). En el cual se planteó como objetivo principal, la evaluación e intervención terapéutica bajo las técnicas del modelo cognitivo – conductual. La atención clínica fue de 29 pacientes, con edades comprendidas entre los 7 y 46 años, presentándose una media en la edad de 31.4 años y una desviación estándar de 18.4 años; del total de los participantes el 41.38 % eran mujeres y el 58.62% hombres. Se tomaron como elementos notables en el desarrollo de este trabajo la asistencia a todas las consultas, puntualidad, compromiso terapéutico, información relevante suministrada por el consultante y sobre todo los antecedentes presentados. De esta manera y con los elementos mencionados decide seleccionarse el caso presentado, abordado y diagnosticado de Trastorno Mixto de una mujer de 32 años de edad.

PALABRAS CLAVES: Evaluación, Intervención, Cognitivo- Conductual. Trastorno Mixto, Tratamiento Interdisciplinario y depresión.

ABSTRACT GENERAL SUMMARY OF THE MONOGRAPH

TITLE: Assessment and intervention training in consultation issues in social screening center (cps) piedecuesta township.

AUTHOR: Gerson Antonio Tabares Rangel

FACULTY: Specialization in clinical psychology

Directora: Phd Ana Fernanda Uribe Rodríguez

The presentation of the report is based on work done during practice time at the Center for Social Projection Piedecuesta CPS (S.) . In which main objective was raised ,assessment and therapeutic intervention on cognitive model techniques – behavioral. Total participation was 29 patients, aged between 7 and 46 years , presenting a mean age of 31.4 years and a standard deviation of 18.4 years of total participants were 41.38 % female and 58.62 % male. Were taken as significant elements in the development of this work, assistance to all inquiries, timely, therapeutic engagement , relevant information offer by consultant and above all the facts presented, in this way and selected the items listed decides the case presented, addressed and Joint disorder diagnosed a 32 year old .

KEYWORDS: Assessment , Intervention, Cognitive Behavioral . Joint Disorder , Treatment Interdisciplinary , generalized Anxiet and depression.

REFERENTE TEORICO

La salud mental es un fenómeno complejo definido por múltiples factores entre los que se encuentran lo social, lo ambiental, lo biológico y lo psicológico. A su vez, se incluyen una serie de sintomatologías tanto físicas como psicológicas en función del diagnóstico que se tenga y que generan consecuencias desde la cotidianidad hasta el proyecto de vida en los diferentes ámbitos.

El propósito del presente documento es comprender algunos de los motivos principales de consulta y la sintomatología de las personas que asisten a atención psicológica en el Centro de Proyección de Piedecuesta. Es importante mencionar que en los últimos años se han incrementado las consultas y por tanto, se ha tratado de identificar los principales requerimientos tanto de hombres como mujeres, adolescentes y niños. Como lo mencionan, las principales alteraciones psicológicas están concentradas en la ansiedad y la depresión según las estadísticas mundiales, no siendo diferente en el centro de proyección.

De acuerdo a Sandín citado por Piqueras (2008) la ansiedad es Una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta, ya sea conducta de huida o respuesta defensivo-agresiva (p.7).

En la actualidad, las personas identifican amenazante diferentes situaciones y se ven expuestos a respuestas frecuentes o repetitivas por el contexto que viven como la violencia social, intrafamiliar, entre otras.

Al revisar la incidencia de estas alteraciones se puede encontrar que la depresión se presenta con un porcentaje del 10 al 25 % para las mujeres y de 5 al 12% para los hombres en el caso de Colombia según la American Psychiatric Association citado por Hurtado, Sánchez, Bedoya, Londoño, Juárez, Muñíz, y Agudelo (2011). También

un 14.9% de la población femenina ha sufrido a lo largo de la vida algún episodio depresivo mayor, mientras que el 8.6% de la población masculina ha presentado algún episodio depresivo mayor (Ministerio de Protección Social, 2003). El 5% y el 9% de la población femenina en Colombia han presentado un trastorno depresivo mayor, y entre el 2% y el 3% de la población masculina ha presentado a lo largo de su vida un trastorno depresivo mayor tal como lo reseña Torres y Murrelle (1987 citado por Giraldo y Londoño, 2008).

Del mismo modo existen investigaciones enfocadas sobre la ansiedad, donde, esta presenta una prevalencia del 2.1% en mujeres (Iragorri, 2010). Otra investigación de Colombia muestra que los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%)” (p. 33) (Posada, Buitrago, Medina, & Rodríguez, 2006).

Por otro lado, la depresión es un concepto que recoge la presencia de “síntomas afectivos - esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, - aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático” (p.1) (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006). Ahora bien, al observar detenidamente el tema, es comprensible que éste, tiene algunos aspectos básicos que es permisible considerar con la profundidad y seriedad dada la frecuencia de las patologías y la alta tasa de incidencia en poblaciones específicas. En principio la incidencia de la ansiedad y la depresión como entidad clínica es un problema de salud pública en casi todos los países y los factores desencadenantes suelen ser múltiples.

Ahora bien si el objetivo es definir la depresión y la ansiedad en términos de signos y síntomas, aparece un primer problema, que es abordado por Agudelo Buela-Casal. Spielberger (2007) en una revisión teórica sobre el diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión; los investigadores afirman que se cruzan los síntomas, y se da un “solapamiento de síntomas, que dificulta el establecimiento de las características

propias de cada cuadro clínico. Los trastornos de ansiedad y depresión a pesar de estar claramente definidos desde los manuales, la diferenciación clínica no es tan evidente” (p.34). A este nivel el clínico enfrenta un reto que ha de asumir a partir de dos elementos; su experiencia y hacia donde con mayor claridad semiológica la se incline la balanza. Aun con estas salvedades el reto no es sencillo.

Otro elemento que entra en la dificultad del diagnóstico es “cuando se cree que la patología corresponde a un trastorno mixto (ansiedad-depresión), aparece un segundo problema y es determinar si la depresión es el desencadenante de la ansiedad o si la ansiedad es el desencadenante de la depresión. Y parte de la dificultad se deriva de la forma como cada paciente hace la narración o se expresa en la consulta. Alguno niegan que estén tristes o deprimidos, pero luego su conducta muestra que efectivamente están deprimidos (Agudelo, Buena-Casal, & Spielberger, 2007) (p.35).

De manera trascendental menciona que las “investigaciones muestran que el solapamiento de síntomas es bastante más evidente entre el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada, que con otros trastornos de ansiedad” (p.36) (Agudelo, Buena-Casal, & Spielberger, 2007). A su vez, señalan que la confusión sobre los síntomas pudiera tener su raíz en factores de tipo terminológicos, es decir, “conceptos como nerviosismo, miedo, preocupación, aprehensión, irritabilidad agitación e inquietud, son utilizados para definir ansiedad pero también son utilizados para definir la depresión” (p. 35). Por tanto, el reto implica una adquisición de competencias para el diagnóstico aun en aquellos detalles por definición sutiles.

Otro factor al comprender e intervenir la depresión es que, ésta puede cursar asociada o como consecuencia secundaria a otros cuadros clínicos, como cáncer, fibromialgias, parestesias, y enfermedades desfigurativas o incapacitantes. En estos casos si bien es cierto que ha de intervenir la ansiedad-depresión, normalmente el cuadro remite al tratarse la causa o factor desencadenante (Latorre, Navarro, Parra, Salguero & Cano, 2012). Un reto igualmente importante en el abordaje del trastorno mixto Depresión Ansiedad se relaciona con los procesos de intervención. Para

Echeburúa, Salaberria, De Corral, Cenea, y Berasategui (2000) “los trastornos mixtos Depresión Ansiedad resultan difíciles de tratar con los tratamientos psicológicos habituales. De hecho lo que ocurre frecuentemente es la carnificación del problema y la dependencia excesiva de estas personas a los sistemas asistenciales” (p514.).

Variados estudios sobre depresión y ansiedad muestran también que la razón por la cual algunas personas sufren esta cuadro clínico es ideas erróneas sobre sí mismos asociados a los roles especialmente aquellos que se viven en la casa, como son las labores de tipo domésticas. Una mujer que realiza este tipo de labores de manera repetitiva y no es retroalimentada positivamente puede llevarle a tener ideas erróneas o irracionales sobre sí mismo sobre el entorno y sobre su futuro (Matud, & Bethencourt, 2000). Esto no significa que esta es la población que presenta el problema. La depresión como enfermedad o afección psicológica es motivo de consulta en porcentajes tan alto como el 30%.

Dada la seriedad del problema tanto a nivel de diagnóstico como a nivel de intervención, se ha venido gestando un movimiento tanto en psiquiatría como en psicología que aboga por una intervención psicológica basada en la evidencia. En este movimiento que goza de aceptación especialmente en los modelos conductuales y cognitivos se han documentado tres grupos de intervenciones: a) modelos eficaces de intervención, b) Modelos no tan eficaces y c) Modelos en fase experimental (Vera, 2004). El estado actual de los modelos de intervención basados en la evidencia permite inferir que las intervenciones que han mostrado ser eficaces son los que se sustentan en la teoría cognitivo-conductual. Se hace necesario revisar la eficacia y efectividad de la terapia psicológica, desde un punto de vista científico y aplicado (Bados, García,& Fusté, 2002).

De acuerdo con el DSM IV – TR (2002), *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA)* se describe la importancia de tener en cuenta los aspectos culturales, rasgos de personalidad, al abordar los cuadros del estado de ánimo en los procesos de intervención. Este supuesto es significativo si se aborda el tema desde los enfoques cognitivos y socioconstructivistas. Puesto que

de alguna manera responden al reto de realizar no solo evaluación sino intervenciones con eficiencia y eficacia.

Existe una gran controversia sobre si las distintas terapias psicológicas son o no igualmente eficaces, es decir la tendencia es encontrar criterios para identificar los tratamientos que cuentan con apoyo empírico. Según diferentes estudios, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es “tan eficaz o más que otras formas de tratamiento (psicológico o psicofarmacológico) para la mayoría de trastornos mentales no psicóticos y, en algunos de estos, se considera tratamiento de primera elección” (p.1) (Fullana, Fernández, Bulbena, & Toro, 2011) al contar con diferentes métodos y técnicas soportadas y validadas que contribuyan al bienestar y recuperación del paciente. Según Minici (2001) la TCC única con una evaluación rigurosa del caso con el fin de establecer hipótesis y orientar el tratamiento. Este proceso se complementa con la utilización de técnicas terapéuticas claves en función del diagnóstico.

Dicho tipo de intervención (tcc) se estructura en tres pasos, como son la evaluación y establecimiento de objetivos, posteriormente se da la “orientación propiamente dicha, cabe decir que hace referencia al empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados desde la fase inicial y finalmente, el seguimiento” (p.49, (Minici, 2001).

Por otra parte, si revisar el sentido común nos sugiere que la mente y el cuerpo deben interactuar, es decir todos los procesos biológicos primarios como las percepciones, pensamientos, intenciones, deseos y emociones afectan directamente al cuerpo y a la conducta. Una de esas relaciones son los estados ánimos versus enfermedades donde la ciencia de la psicología se ocupa en múltiples investigaciones no solo en resultados sino también en intervenciones entre las más nombradas (cáncer, hipertensión, estrés, entre otras).

Una de las tantas enfermedades relacionadas entre mente y cuerpo se denomina fibromialgia donde los diferentes estudios han demostrado que “los síntomas psicológicos y en particular la ansiedad y la depresión, son comunes en la fibromialgia, incluso, en algunos de esos pacientes representan un problema mayor” (p.24) (Moreno, Namuche, Noriega, Vidal, Rueda, Pizarro & Vidal, 2010). La

fibromialgia es un “síndrome doloroso, no articular, crónico, e idiopático, caracterizado por dolor musculoesquelético e hipersensibilidad en sitios anatómicos específico (puntos dolorosos), se caracteriza por dolor crónico generalizado por más de tres meses de duración y presencia de puntos hipersensibles en el examen físico” consejo de salud pública (p.9).

Según estudios realizados se establece que la ansiedad Puede contribuir al mantenimiento y exacerbación del dolor, manteniendo constante la intensidad de dolor calificándolo como más insoportable. En relación a la asociación entre depresión y dolor se encuentra mucha literatura. El dolor y la depresión comparten muchas características comunes y existe evidencia de una mayor tasa de cuadros depresivos en pacientes con dolor crónico (Peñacoba, 2009). (p.14)

Finalmente, lo que este ejercicio plantea es que si bien se ha avanzado en la comprensión de la depresión y la ansiedad ya sea como entidades clínicas independientes o asociadas, hay todavía mucho que investigar, entendiendo la investigación como un camino no agotado.

METODO

Población

Posterior al cumplimiento de criterios importantes entre los que se encuentra la firma del consentimiento Informado, diligenciamiento de la historia clínica y la asistencia al menos una cita programada en las instalaciones del Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana en el municipio de Piedecuesta; se establecieron como resultados la atención a un total de 29 usuarios, con edad promedio de 31.4 años y una desviación estándar de 18.4 años.

Muestra

Teniendo en cuenta la asistencia a todas las consultas, puntualidad, compromiso terapéutico, información relevante suministrada por la consultante y sobre todo los

antecedentes presentados, fue seleccionado un caso con diagnóstico de Trastorno Mixto.

Mujer de 32 años, de profesión regente de farmacia, soltera sin ningún compromiso hace dos años, sin hijos, proviene de una familia nuclear, padres casados durante 17 años tomaron la decisión de separarse cuando ella era muy pequeña. Diagnosticada por psiquiatría en dos ocasiones por tener depresión ansiosa recurrente; la primera, de ellas bajo tratamiento de fluoxetina suspendido por la misma paciente, y el segundo tratamiento con amitriptilina igualmente la paciente lo suspende por los efectos secundarios. Este último medicamento la paciente en una ocasión lo ingirió de manera masiva como intento de suicidio sin tener mayores consecuencias, es decir no fueron suficientes para producir una intoxicación. Reporta haber sido diagnosticada en un lapso de ocho años con enfermedades como gastritis, colon irritable, fibromialgia tratados en su momento. Actualmente asiste a algunas terapias y consume analgésicos solamente. Asiste a consulta por sentirse muy desmotivada por casi todas las actividades y presencia de síntomas físicos, cognitivos y conductuales, causando malestar clínicamente significativo en su vida personal, laboral y familiar. (Ver anexo 10).

Instrumentos

Para el desarrollo de la práctica en la especialización en psicología clínica se utilizaron los siguientes instrumentos:

a. Consentimiento Informado: Documento que permite al usuario conocer aspectos como la confidencialidad, beneficios y compromisos que tiene el consultante al aceptar la asesoría psicológica, información detallada de tipo de tratamiento, aproximación en la duración y demás aspectos contemplados en la Ley 1090 de 2006, estatutos del colegio colombiano de psicólogos (Véase Anexo1).

b. Historia Clínica: es un documento que recolecta información socio - demográfica, motivo de consulta, conductas problema, historia personal y familiar establecido por el centro de proyección social del Municipio de Piedecuesta. (CPS) (Véase Anexo2).

c. Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II): Instrumento de auto informe diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. **(Véase Anexo 3)**

Constituido por 21 ítems, aplicado de manera colectiva o individual en adultos o adolescentes. Los niveles de severidad de depresión se obtienen a través de la sumatoria de los 21 ítems: Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional. El IDB- II presenta un nivel de consistencia interna evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS17 más elevado que la primera versión, con un coeficiente alfa de 0.89. Sanz, Perdigón, Vázquez (2003).

d. IBQ (Illness Behaviour Questionnaire) (Véase Anexo 4) El IBQ (Cuestionario

de Conducta de Enfermedad) consta de 62 ítems los cuales, después de ciertos análisis estadísticos, se encontró que saturaban en 7 factores. Por tanto, este cuestionario mide siete aspectos diferentes de la conducta de enfermedad, que son:

1. Hipocondría General: Factor general que se refiere a la preocupación fóbica por el propio estado de salud. Está asociado con un alto nivel de activación o ansiedad. Los ítems que engloban este factor son: 9, 20, 21, 24, 29, 30, 32, 37 y 38. 2. Convicción de Enfermedad: Caracterizado por la afirmación de que existe un problema físico, preocupación sintomática y rechazo de la confianza proporcionada por el médico. Los ítems son: 2, 3, 7, 35 y 41. 3. Percepción psicológica vs. somática de la enfermedad: Una puntuación alta en esta escala indica que el paciente se siente de algún modo responsable de su enfermedad y se percibe como necesitado de un tratamiento psicológico más que de uno médico. Una puntuación baja indica rechazo de tales actitudes y una tendencia a somatizar. Los ítems que lo engloban son: 11, 16, 44, 46 y 57. 4. Inhibición afectiva. Puntuaciones altas indican dificultad en la

expresión de sentimiento personales, especialmente negativos, a los demás. Los ítems son el 22, 36, 53, 58 y 62. 5. Perturbación afectiva. Caracterizado por sentimientos de ansiedad y/o tristeza. Ítems: 12, 18, 47, 54 y 59. 6. Negación: Una alta puntuación refleja la tendencia a negar el estrés, y atribuir todos los problemas a los efectos de la enfermedad. Ítems: 27, 31, 43, 55 y 60. Y 7. Irritabilidad: Señala la presencia de sentimientos de enojo y de fricción interpersonal. Ítems: 4, 17, 51, 56 y 61. Estos siete factores pueden ser utilizados como medida de las diferencias individuales en la conducta de enfermedad.

“Puntuar en estos ítems indica una conducta de enfermedad “anormal” o mal adaptada, y altas puntuaciones en todos los factores excepto en el de percepción psicológica, puede ser interpretado como indicación de una percepción inusual, evaluación o actos en relación a la salud de uno mismo. Su fiabilidad es de ($\alpha=0.81$). Por otra parte, el “nuevo IBQ”, es decir, el instrumento que queda constituido a partir de los análisis factoriales del instrumento original, también lo es, ya que el coeficiente de fiabilidad sigue siendo muy alto ($\alpha=0.84$). (Ibáñez, Lorente, Grau, Franch, Ballester, 2014) (p. 89).

e. Escala de Estrategias de COPING – MODIFICADA (Véase Anexo (5)). La escala EEC-M de tipo Likert tiene una frecuencia de respuesta que va de 1 (Nunca), 2 (Casi nunca), 3 (A veces), 4 (Frecuentemente) 5 (Casi siempre) hasta 6 (Siempre). Está compuesta por 98 ítems agrupados en catorce factores, cada uno con siete ítems y el rango para cada factor oscila de 7 a 42 puntos. La escala EEC-M comprende los siguientes factores: 1. Búsqueda de alternativas (antes Focalización en la situación problema), 2. Conformismo (antes Autofocalización negativa), 3. Control Emocional (antes Autocontrol), 4. Evitación Emocional, 5. Evitación Comportamental (antes Evitación), 6. Evitación Cognitiva (antes Evitación), 7. Reacción Agresiva (Irritabilidad) (antes Expresión emocional abierta), 8. Expresión emocional abierta, 9. Reevaluación positiva (antes Reestructuración Cognitiva), 10. Búsqueda de apoyo social (conserva su nombre), 11. Búsqueda de apoyo profesional (conserva su nombre), 12. Religión (conserva su nombre), 13. Refrenar el afrontamiento

(adicionada), y 14. Espera. El alfa de Cronbach de la escala total fue de 0.84. (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006).

f. Cuestionario MOS de apoyo social (Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio & Aguirre, 2012) (Véase Anexo 6) El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2,3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un Mínimo de 19. Un alfa de Cronbach entre los componentes bastante favorable entre .921 y .736. Se validó la estructura factorial tanto para cuatro como para tres componentes.

g. Cuestionario breve para la evaluación del dolor – CBD (Vease Anexo 7) se utilizó el cuestionario breve para la evaluación del dolor (5) (CBD), la interferencia con parámetros funcionales de calidad de vida: actividad general, estado de ánimo, capacidad de caminar, trabajo normal, relación con otras personas, sueño, capacidad diversión (12 ítems de 0 ningún dolor -10 peor dolor imaginable. La consistencia interna de las dimensiones fue buena (0,87 y 0,89), y la fiabilidad test-retest entre baja y moderada (0,53 y 0,77). El CBD ha demostrado ser un instrumento capaz de detectar cambios en el nivel de dolor” (p.52) (Badia, Muriel, Gracia, Núñez, Perulero, Gálvez, Carulla & Cleelan, 2002).

h. Cuestionario de McGill-MELZACK (Vease Anexo 8). El cuestionario de evaluación del dolor por antonomasia es el de McGill (Melzack, 1975), que fue diseñado para facilitar un índice de dolor para cada una de sus dimensiones sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. La utilidad de contar con un índice de medida del dolor para cada una de las dimensiones es de gran utilidad para la caracterización del dolor y la indicación y aplicación del programa terapéutico más adecuado; sin embargo este objetivo todavía no se ha alcanzado, y actualmente la relación coste/eficacia de una escala analógico-visual, numérica o verbal es mucho mayor que la del cuestionario de McGill (Gracely, 1992) citado por Boyle, Fernández y Ortet., (2003).

i. Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE): (Véase Anexo 9). Es un inventario auto evaluativo que permite evaluar la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), Está formado por dos escalas de autoevaluación que recogen los valores individuales para la ansiedad estado (AE) y la ansiedad rasgo (AR). La primera describe cómo el sujeto se siente en ese momento y se traduce en niveles específicos de síntomas tales como la intranquilidad, el desasosiego y la inseguridad, todos vinculados a una situación específica mientras que la AR existe como característica, componente o atributo más o menos estable de la personalidad y constituye un rasgo propio que diferencia la actividad de la personalidad de la actividad de otros seres humano. Alfa de cronbach de 0.83 para el IDARE – R, y de 0.92 para el IDARE – E, es aplicable en adultos, estudiantes y pacientes. Los coeficientes de confiabilidad fueron superiores a 0.83 (Rojas, 2010).

Procedimiento

El proceso de formación contó con dos fases, una de evaluación y otra de intervención, con un número respectivo de horas cada una, en cada fase se realizó las dos tareas establecidas que redundaban en beneficios para los consultantes. Cada sesión con duración de 45 minutos bajo el enfoque cognitivo – conductual.

Luego de la asesoría, evaluación e intervención a 29 consultantes, se presenta a continuación el procedimiento empleado para el estudio de caso:

a. Apertura de Historia Clínica: La consultante llega a la institución de manera voluntaria por presentar una serie síntomas físicos, cognitivos y conductuales clínicamente relevante. Se realizó el contacto con la usuaria, se indaga el motivo de consulta, datos sociodemográficos, antecedentes personales y familiares.

b. Evaluación clínica: De acuerdo a las características conductuales, se evaluaron las características del caso para seleccionar los instrumentos, posteriormente se realizó la aplicación de los instrumentos y análisis de los resultados; para así con ello, construir un plan de intervención clínica. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II, IBQ (Illness Behaviour Questionnaire), Escala de estrategias de COPING – MODIFICADA (EEC-M, Cuestionario MOS de apoyo social, Cuestionario breve para la evaluación del dolor – CBD, Cuestionario de MCGILL-MELZACK, Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE).

c. Análisis de los resultados de la evaluación: Mediante los baremos y respectivos aplicativos se procedió a la calificación de las pruebas aplicadas, realizando junto a ello entrevista para confrontar resultados y obtener un impresión diagnóstica. .

d. Intervención Clínica: De acuerdo a los resultados de la entrevista y evaluación clínica, se procedió a la revisión de literatura relacionada tanto con las técnicas de intervención para el Trastorno Mixto (ansiedad y depresión) basadas en la evidencia científica y demás aproximaciones a la impresión diagnóstica. Con ello se diseñó una un plan de intervención a través del enfoque cognitivo-conductual en el que se incluyó elementos de psicoeducación (Véase Anexo 9, Folleto).

e. Seguimiento: Se monitoreaba el estado emocional de la consultante durante la semana con un auto informe y la aplicación de la escala IDB-II. Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el Centro Proyección Social. Mediante pre y pos de las siguientes pruebas: IDARE (Ansiedad), IBQ, e Inventario de depresión de Beck. (Depresión).

f. Cierre del caso: Luego de trazar las metas terapéuticas se hizo un seguimiento pos intervención a la consultante, quien refiere haber mejorado de manera significativa, como resultado de la asistencia a las consultas, evidenciado esto en todas las áreas de su vida incluyendo el área laboral. Actualmente la paciente maneja un tratamiento psiquiátrico bajo la modalidad de control de medicamentos para la ansiedad, tratamiento que deberá seguirse durante dos años indica el profesional; la usuaria continuó asistiendo a consultas de control por psicología una vez al mes para monitorear la mejoría y manejo de su diagnóstico.

RESULTADOS

POBLACIÓN ATENDIDA

La participación total fue de 29 pacientes, con edades comprendidas entre los 7 y 46 años, presentándose una media en la edad de 31.4 años y una desviación estándar de 18.4 años; del total de los participantes el 41.38 % eran mujeres y el 58.62% hombres

En la Tabla 1 se observa que el estado civil de la población atendida con una mayor prevalencia de consulta en personas solteras (75.8%), seguido con un porcentaje de 13.7% de estado en civil casados y finalmente un 10.3% separados.

Tabla1. Distribución de la población atendida según el estado civil.

ESTADO CIVIL	Total	%
Casados	4	13.7%
Separados	3	10.3%
Solteros	22	75.8%
Total general	29	100.0%

En la Tabla 2, referente al nivel socio económico se observa que el estrato 3 presenta el mayor porcentaje de consultantes con un 48.28%, el estrato 2 un 23.93%, seguido del estrato 4 con un 10.34%; y por último, los consultantes del estrato 1 son el 10.34%.

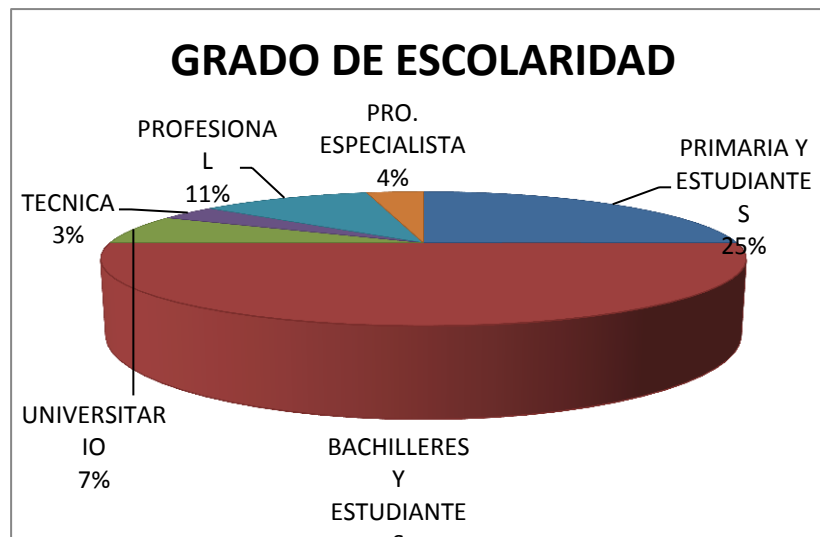
Tabla 2. Distribución de la población atendida según el nivel socioeconómico de los consultantes.

ESTRATO	Total	%
1	1	3.45%

2	11	37.93%
3	14	48.28%
4	3	10.34%
Total general	29	100.00%

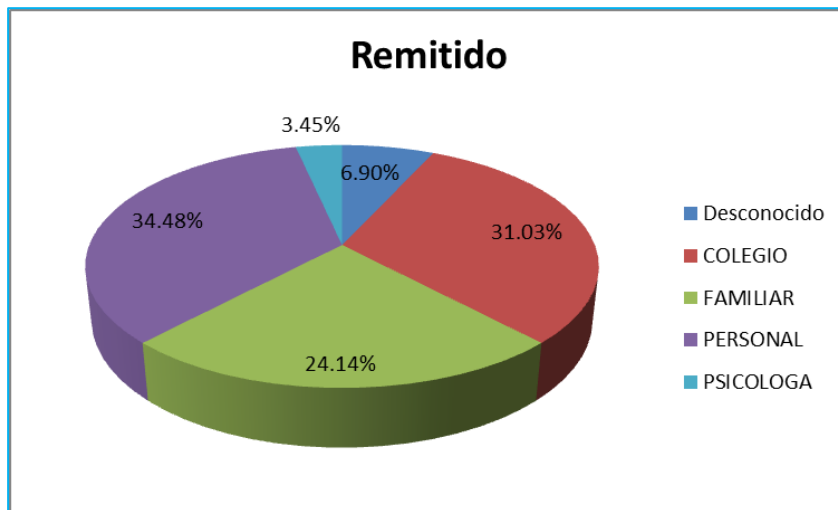
A nivel de escolaridad, en la Tabla 3 se observa que el 50% de las personas atendidas realizaron o se encuentran estudiando Bachillerato, un 25% corresponden a estudiantes o personas que suspendieron sus estudios, seguido de un 11% de personas que realizaron alguna carrera profesional; 7% estudiantes universitarios, profesional especialista el 4% y finalmente personas con carrera técnica del 3%

Tabla 3. Distribución de la población atendida según el nivel de escolaridad de los consultantes.



Dentro de los consultantes atendidos se encontró que un 66% de los consultantes asistieron por Remisión (familiar, colegio empresa) y un 34% por iniciativa propia, esto dentro del casco urbano del municipio de Piedecuesta.

Revisando de manera detallada se evidenció que del total de los consultantes el 34.48% asistieron por cuenta propia, seguido de un 31.03% que fueron remitidos por instituciones educativas del municipio de Piedecuesta, un 24.14% por influencia de algún familiar, 6.90% algún desconocido le recomendó visitar al psicólogo, y finalmente por remisión de otro colega un 3.45% promedio de 3.8 sesiones. (Véase Gráfica 1.)



Gráfica 1. Porcentaje de consultantes que asistieron por cuenta propia o por Remisión

Se encontró un alto compromiso por parte de los consultantes, observándose que el 66% de manera individual decidió asistir, así como el 11% por recomendación familiar, comparado con un 23% de inasistencia. Evidenciando así resultados favorables frente a la adherencia del tratamiento.

En referente a los motivos de consulta de la población atendida se encontró lo siguiente: 10 casos de conductas hiperactivas e inapropiadas en contextos como el escolar y el hogar en infantes y adolescentes con un 34.48%, preocupación de los padres por conductas inapropiadas de sus hijos un 6.90%, y con el mismo porcentaje se encuentra problemas relacionados con sus emociones, duelo por separación cinco personas con un promedio de 17.24%, con el mismo porcentaje se

encuentran 3 motivos: Bajo rendimiento escolar, Ansiedad Generalizada, Problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas cada uno con el mismo promedio 10.34%; y finalmente, ansiedad por separación de los padres 3.45 %.

Tabla 4. Motivos de consulta de los consultantes los relacionados con el temor al contexto escolar.

Motivo de consulta	Frecuencia	%
Conductas hiperactivas e inapropiadas en contexto escolar y el hogar	10	34.48
Ansiedad por separación de padres	1	3.45
Preocupación de los padres por conductas inapropiadas de hijos	2	6.90
Duelo por separación	5	17.24
Bajo rendimiento escolar	3	10.34
Ansiedad generalizada	3	10.34
Problemas relacionados con el consumo de sustancias	3	10.34
Problemas relacionados con sus emociones	2	6.90
TOTALES	29	100

CASO CLINICO SELECCIONADO

La usuaria L, cuyo caso fue escogido por presentar trastorno mixto; no faltó a ninguna de las sesiones programadas, a todas asistió muy puntual, se puede observar que durante las primeras sesiones mostro dificultad para obtener cambios; sin embargo luego de la octava sesión muestra mejoría de manera significativa, durante las sesiones y el tratamiento la mayor parte del tiempo presentaba síntomas de agotamiento físico, nerviosismo, angustia por casi todas las cosas, y ganas de llorar.

Instrumentos aplicados

PRUEBA	RESULTADOS	Percentil	INTERPRETACION
CUESTIONARIO DE MOS			
Tamaño de la red social			
1. Apoyo Emocional	3		BAJA
2. Ayuda material o instrumental	25		MEDIA
3. Relaciones sociales de ocio y distracción	9		MEDIA
4. Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño.	6		MINIMA
5. Índice Global	5		MINIMA
	45		MEDIA

<p>COPIN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Solución de Problemas 2. Búsqueda de apoyo social 3. Espera 4. Religión 5. Evitación emocional 6. Búsqueda de apoyo profesional 7. Reacción agresiva. 8. Evitación cognitiva 9. Regulación positiva 10. Expresión de dificultades de afrontamiento 11. Negación 12. Autonomía 	<p>21</p> <p>18</p> <p>36</p> <p>26</p> <p>36</p> <p>15</p> <p>23</p> <p>11</p> <p>14</p> <p>11</p> <p>6</p> <p>8</p>	<p>10</p> <p>25</p> <p>96</p> <p>75</p> <p>95</p> <p>80</p> <p>96</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>20- 25</p> <p>60-90</p>	<p>Con base en los percentiles se identifica que en la mayoría de las sub escalas se obtiene una puntuación considerada baja, sin embargo la variable. espera, evitación emocional y reacción positiva presentan una media considerable</p>
<p>IDARE</p>	<p>98 - 98</p>		<p>De acuerdo a los resultados obtenidos la paciente presenta equivalencia en su ansiedad siendo ésta tanto rasgo como está en niveles muy altos.</p>
<p>DEPRESION DE BECK</p>	<p>47</p>		<p>De acuerdo al instrumento aplicado se puede describir a una paciente con niveles muy altos de depresión Extrema. Que requería de carácter inmediato una intervención terapéutica y según dicho grado también farmacológica</p>

IBQ 1. Hipocondría general 2. Convicción de enfermedad 3. Percepción psicológica vs S.E. 4. Inhibición afectiva 5. Perturbación afectiva 6. Negación 7. Irritabilidad	8 2 3 4 5 4 4		Se identifica que los factores hipocondría, percepción psicológica y perturbación afectiva presentan una puntuación alta. Y el factor convicción de enfermedad una puntuación baja., el resto de las escalas mantienen una puntuación media.
CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACION DEL DOLOR (CBD)	Medio - Alto		Teniendo en cuenta el cuestionario aplicado sus resultados arrojan a paciente con niveles medio alto en la escala del dolor.
CUESTIONARIO DE MCGILL – MELZACK	Medio - Alto		De acuerdo a los resultados obtenidos la persona evaluada discrimina el grado de dolor con niveles medio altos, persistentes la mayor parte del día casi todos los días, especificado en cuello, espalda, piernas, brazos. Correspondientes al diagnóstico de fibromialgia entregado por el área de medicina

De acuerdo al cuadro anteriormente descrito con los instrumentos aplicados, se pretendía realizar una revisión más exhaustiva y cuantitativa de los síntomas descritos por la paciente, al tiempo que dar un soporte a la impresión diagnóstica. Se encuentra una paciente con un alto grado de compromiso en sus síntomas a nivel

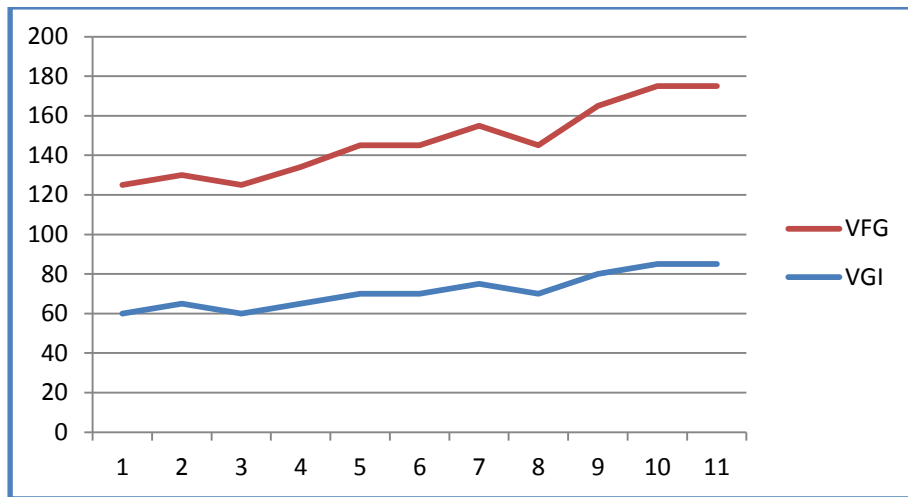
físicos, mental y conductual., principalmente en el área afectivo – emocional que soportan el cuadro de la hipótesis diagnóstica.

FASE EVALUATIVA DE LA INTERVENCIÓN

PRUEBA	PRE	POS	Análisis
IDARE	98 – 98	86 - 81	Alto - Alto
DEPRESION DE BECK	47	15	Alto Leve
IBQ			
1. HIPOCONDRIA GENERAL	8	9	Alta – Alta
2. CONVICION DE ENFERMEDAD	2	3	Baja –
3. PERCEPCION PSICOLOGICA VS SOMATICA DE LA ENFERMEDAD	3	3	Baja Alta – Alta
4. INHIBICIÓN AFECTIVA	4	3	Media –
5. PERTURBACION AFECTIVA	5	5	Media
6. NEGACIÓN	4	5	Alta- Alta
7. IRRITABILIDAD	4	4	Media – Alta Media- Media

Teniendo en cuenta la hipótesis diagnóstica y los objetivos trazados en las sesiones terapéuticas, mediante técnicas del modelo cognitivo- conductual se realiza monitoreo mediante instrumentos aplicados al iniciar como al finalizar dicho proceso. Se tiene en cuenta que la paciente también recibe tratamiento

farmacológico del profesional de psiquiatría puesto que el compromiso afectivo emocional era crónico. Se puede observar que se encontraron resultados favorables tanto de ansiedad como la depresión tanto en su percepción como en su sensación, conllevando igualmente a presentar mejoría en su cuadro crónico de dolor físico (dx de fibromialgia). De manera cuantitativa se podría dar una primera impresión de la validez y efectividad en la multidisciplinariedad al abordar un diagnóstico como también la eficacia del modelo al momento de intervenir.



Gráfica 3, Evaluación Global realizada durante las sesiones con la paciente L

Tal como se observa en la Gráfica 3. La paciente presentó una evolución favorable comparando cada una de las intervenciones terapéuticas en función de su ingreso con la salida en cada consulta; sin embargo, también se observa algunas distorsiones en la curvatura teniendo en cuenta precisamente el tipo de diagnóstico así mismo como la frecuencia intensidad y duración de los síntomas.

Tabla 5. Valoración multiaxial al final del proceso terapéutico

Valoración	PACIENTE (L)
------------	--------------

Multiaxial	
Eje I:	Eje I: Trastorno Mixto. (ansioso – depresivo)
Eje II:	Eje II: No aplica
Eje III:	Eje III: Fibromialgia. Gastritis, colon irritable, dermatitis seborreica.
Eje IV	Eje IV: Problemas asociados con el núcleo primario específicamente con su madre, problemas Poca satisfacción con sus condiciones y funciones laborales, cambio de vivienda.
Eje V	Eje V: EEAG 65

De acuerdo a; Gonzales V (2003), “es un cuadro definido por la presencia persistente de un estado de ánimo disfórico (de duración superior a un mes) en el que se asocian síntomas ansiosos y depresivos, pero ninguno de ambos grupos de entidad suficiente como para permitir efectuar el diagnóstico de un trastorno depresivo o de ansiedad”(p 96)

De acuerdo al CIE 10 “ el paciente suele mostrar problemas de concentración, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, baja autoestima, sentimientos de inutilidad y desesperanza. Estos síntomas producen en el paciente un deterioro social, laboral o de otras áreas” ” (p.1)

DISCUSION

Al hablar de alteraciones psicológicas supone la presencia de una serie de mitos y prejuicios que la sociedad ha venido construyendo y deconstruyendo a través del tiempo. En la actualidad las familias y los pacientes no cuentan con una base educativa - formativa, que dirija su comportamiento ante un diagnóstico psicológico; por tanto, se debe realizar toda una serie de procedimientos enmarcados dentro de la normatividad actual del Sistema de salud en Colombia, sin determinar su misma funcionalidad y adaptabilidad para cada caso.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2014), la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). De igual forma, se establece que la salud mental es “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. “(Ley 1616 del 2013) (p.1).

Dicho de otra manera las instituciones gubernamentales, educativas y entes privados deben vigilar y realizar programas que reúnen en beneficios no solo a los individuos sino a las masas. A su vez, las personas deben desarrollar competencias para sus propios cuidados tanto físicos como mentales, y aunque se sabe que los cambios son progresivos estos serán determinantes hacia un futuro, una transformación significativa.

En la actualidad, Colombia no cuenta con un sistema de salud completo enfocado a responder las demandas de la salud mental; sin embargo, es importante recalcar algunos esfuerzos del gobierno nacional por implementar programas de prevención y promoción de la salud mental puesto que cada vez hay mayor evidencia como crecimientos estadísticos en hospitales y clínicas que dan cuenta de la formación de un problema de salud pública nacional.

Existen instituciones de orden privada que teniendo en cuenta los reglamentos nacionales en función de la responsabilidad social se han preocupado por realizar aportes que contribuyan al bienestar emocional y físico de una comunidad. Es así como en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta de la Universidad Pontificia Bolivariana se cuentan con espacios para la consulta, evaluación, diagnóstico e intervención de patologías mentales. De esta manera, en la realización de la práctica clínica se atendieron 29 pacientes de los cuales 34.48% fue de manera voluntaria, dándose a entender que la transformación del concepto de salud mental va en buen camino y aumento. Evidenciando con ello la necesidad de tener espacios y profesionales capacitados y entrenados con el fin de brindar de una manera oportuna la intervención que requieren.

Se puede destacar que dentro de la práctica y entrenamiento realizado se evidenció que no es suficiente con el conocimiento adquirido dentro de las aulas, lo que conlleva a una búsqueda constante de investigaciones recientes, análisis profundos, disertaciones elaboradas, pero sobre todo concientización del papel asumido como profesional; lo que le agrega a éste una responsabilidad mayor en cuanto a ejercer un papel activo de investigación constante que le permita estar actualizado y ejercer su profesión de forma ética, aspecto que fue mencionado por Agudelo, Buela -Casal y Spilberger .(2007)

Según el DSM IV TR (2000) manual estadístico y clasificador se encarga de describir y enumerar las alteraciones mentales y de ahí la existencia de los trastornos basados en criterios, como su etiología, evolución de síntomas, entre otros indicadores que nos permiten clasificar y denominar trastornos como: ánimo como son: la ansiedad y la depresión, otros correspondientes a infancia y adolescencia, entre otras alteraciones mentales donde dicho manual permite resumir y clasificar de acuerdo a una serie de síntomas y signos darle un nombre denominado trastorno.

Es precisamente dicha clasificación que también permite epidemiológicamente medir la mayor frecuencia de diagnósticos específicos, para ir en búsqueda de soluciones y a su vez construir programas preventivos, buscando con ello minimizar las tasas estadísticas como también un bienestar comunitario. En salud mental como lo

establecen diferentes autores tanto la ansiedad como la depresión son las principales alteraciones psicológicas, hecho que se evidenció durante la realización de la práctica clínica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Sin embargo, es importante resaltar que ante la evolución y presencia de multiplex síntomas que posibilitan la clasificación en diferentes trastornos, supone evidentemente trazar objetivos claros tanto en la medición como evaluación. Y más cuando estos trastornos (depresión y ansiedad) hacen parte de la lista de los principales diagnósticos presentados por las personas tanto en el ámbito público como privado.

Para el presente estudio de caso en el cual el diagnóstico fue trastorno mixto, se tomó como referencia a (Echeburua., De corral., Cenea, & Berasategui, 2000). Que establece “cuando existe la presencia de síntomas, depresivos y ansiosos, y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben tomarse ambos trastornos y no deberá usarse diagnósticos separados (p 511). Esto es, por que se tiene en cuenta que los dos diagnósticos comparten sintomatología pero para su clasificación son distintos.

Es importante recalcar que “la propuesta psicopatológica de un trastorno mixto de ansiedad – depresión – diferente al resto de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo ha sido ya incorporada a la CIE 10 y se halla en el apéndice del DSM IV como objeto de estudio en la actualidad” (Echeburua, Salaberria De corral, Cenea, & Berasategui, 2000) (p. 511).

Agudelo, Buela-Casal, & Spielberger (2007) manifiestan que “una posible explicación al solapamiento de los síntomas entre ansiedad y depresión (para referirse de manera general a ambos tipos de trastorno), ha sido clásicamente atribuida a comorbilidad, es decir a la presencia coexistente de ambos cuadros en muchos de los casos clínicos. Sin embargo, esta explicación circular no deja del todo satisfechos ni a los clínicos ni a los investigadores” (p. 60). Por tanto, en el proceso de evaluación fue determinante medir tanto ansiedad como depresión encontrándose altos niveles en cada una.

Los estudios epidemiológicos también han venido mostrando una frecuencia de coexistencia de “la sintomatología ansiosa y depresiva, que varía entre el 5 y el 15%. Esta situación es menos frecuente en los estudios en población general, en los que la prevalencia de formas subsindrómicas de ansiedad-depresión oscila entre el 0,8 y el 2,5%, cifras inferiores a las de los cuadros de ansiedad y los de depresión subsindrómicos (que no cumplen todos los criterios diagnósticos) 21,9% y 2,4-7,7%, respectivamente” (p. 96) (Gonçalves , González y Vázquez; 2003).

En casos como estos se suelen cometer errores diagnósticos, en los cuales se da prioridad solo a los síntomas que representan un trastorno típico representado en el DSM IV TR, dejando de un lado síntomas y resultados en las pruebas que infieren la presencia de otro trastorno; por no establecer suficiente claridad en la evolución y presencia de los síntomas.

Así mismo, es de vital importancia que cada terapeuta asuma un compromiso formativo que le permita estar en la constante búsqueda de la especialización del conocimiento y reconocimiento de las alteraciones mentales con el propósito de buscar el beneficio al paciente y de su familia; esto con el fin de disminuir el porcentaje de diagnósticos errados que impidan la correcta intervención clínica y por tanto el desarrollo óptimo del proceso terapéutico en el paciente.

Por tanto, el propósito formativo que se cumple durante el desarrollo de la especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana su principal objetivo es el de adquirir la destreza, el conocimiento, las habilidades terapéuticas y estar en constante indagación de nuevas herramientas terapéuticas de intervención que sirvan de base para la realización de un estudio de caso clínico, en el cual se realice: evaluación y diagnóstico acertados.

Desde lo anteriormente dicho, se hace evidente la necesidad de investigación y crecimiento en cuanto al proceso de evaluación, diagnóstico e intervención para lo cual es importante recalcar que Gonçalves, González y Vázquez. (2003) donde plantean que “dado que el conocimiento actual de la naturaleza y del tratamiento del *trastorno mixto ansioso-depresivo* es escaso, no existe, en el momento actual,

ninguna evidencia científica para recomendar o desaconsejar ningún tratamiento. Existen algunas propuestas que recomiendan, cuando se sospeche un *trastorno mixto ansioso-depresivo*:" (p. 103.)

Según lo expuesto en el documento aparece una primera conclusión resumiéndose en la importancia de la sumatoria entre los elementos bioéticos como: una evaluación asertiva mediante instrumentos con validez y confiabilidad., proceso de observación, acompañamiento interdisciplinario, técnicas de intervención con evidencia científica dando como resultado una contribución a la recuperación del paciente de manera integral sobre todo en trastornos complejos de clasificar.

Es por ello que los entes educativos como las universidades deben procurar que sus estudiantes, futuros profesionales de la salud mental y profesionales en proceso de especialización procuren por elegir como estrategia de grado la formulación de tesis investigativa por estudio de caso, que se convierta en un aporte teórico que sostenga futuros elementos de evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica.

Sin duda alguna otro protagonista relevante de este proceso es la psicoeducación dentro del contexto clínico donde poco a poco ha venido posicionándose y adquiriendo gran importancia debido a sus buenos resultados dentro de la intervención, no solo a nivel individual sino familiar y social. Teniendo en cuenta que la desinformación de un diagnóstico trae consigo un sin número de errores y consecuencias frente a su mismo abordaje, que no solo recaen en el paciente sino en su núcleo familiar y social.

Martínez, Alberin y Muner (2012) plantea que en la medida que tanto el paciente como su familia conozca "sus factores etiológicos, factores que alivian o exacerban los síntomas o la gravedad, opciones de tratamiento, evolución esperada y recursos de la comunidad; enseñar habilidades de afrontamiento y habilidades familiares" (p. 19) de igual forma permitiría tener una mejor evolución, lo que nos hace inferir que la inclusión de la psicoeducación tanto para el mismo paciente como para su familia se

convierte en una herramienta de seguimiento y evaluación al proceso desde lo visible , así mismo sirve como elemento de aprensión y compromiso con su recuperación ya que el paciente conoce a fondo su problemática, ve los resultados directos en el proceso terapéutico y reconoce su evolución.

Otro de los elementos a destacar y no menos importante es la relevancia de tratamiento dual (psicológico- psiquiátrico) en diagnósticos comprometedores para los pacientes. Si bien es cierto, realizar un diagnóstico y pensar en términos de evaluación, e intervención cuando estos representan una amenaza para el individuo frente a su misma complejidad, se hace necesario recurrir a técnicas con evidencia científica, como la misma lectura y acompañamiento de otro profesionales idóneos que puedan contribuir no solo a la explicación de la problemática; sino también en el mismo abordaje para minimizar el malestar y por ende el paciente pueda tener mejor calidad de vida.

Los equipos interdisciplinarios en la salud mental cada vez toman mayor relevancia por los resultados obtenidos en el menor tiempo posible. Ya que mediante estos se buscan la minimización del impacto tanto en lo económico como las repercusiones sociales y familiares en cada individuo.,

Según, el Artículo 18. De la ley 1616 del 2013 “Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud” (p.8).

Desde esta perspectiva, también es urgente la investigación sobre los efectos resultantes de la intervención farmacológica combinada con terapias psicológicas ya que: “los fármacos pueden actuar sobre la reducción de síntomas; los tratamientos psicológicos, sobre el aumento de competencias”(p.512) citado por Echeburrúa (2000).

Bajo esa mirada psicológica un elemento a recalcar y para concluir la Intervención con modelos que tengan mayor efectividad y eficacia en el tratamiento se resalta que sin duda alguna tanto la eficacia como la efectividad de la terapia psicológica es un tema que viene generando actualmente un importante debate y compromiso en las investigaciones y que es clave tanto desde los resultados para los pacientes y sus familias., como la misma credibilidad y funcionalidad de las técnicas.

Dicho de otra manera, y según lo encontrado en la literatura. La terapia cognitiva conductual y su efectividad en trastornos del estado de ánimo, se convierte en un gran aporte mediante técnicas con evidencia científica. Al hablar de alteraciones mentales complejas nos remitimos inmediatamente en la búsqueda de estrategias, técnicas y modelos de intervención que propenden en la disminución de los síntomas, estabilización o autorregulación de la conducta, es decir que el individuo logre su propia armonía y bienestar para convivir consigo mismo y su entorno. Es así que a través de los años la ciencia de la psicología busca en cada intervención no solo ser eficaz sino efectivo, encontrándose resultados favorables en pro de los pacientes y sus diagnósticos.

Desde lo cual se puede resaltar lo planteado por Seligman sobre la existencia de cierta “superioridad clara de la terapia cognitivo-conductual -una de las aportaciones más eficaces e ingeniosas del sentido común terapéutico- sobre otro tipo de tratamientos, en una gran variedad de trastornos (p.532). Citado por (Echeburrúa, 2000) En otras palabras se puede decir que se han encontrado mayores resultados ciertos tipos de técnicas en ciertos tipos de trastornos mentales, siendo la depresión y la ansiedad de mayor efectividad mediante el modelo cognitivo – conductual. Es importante recalcar que el tratamiento terapéutico marca y proporciona grandes beneficios en los pacientes como mayor adherencia al tratamiento, identificación con el proceso de recuperación y disminución del riesgo de recaídas.

Tampoco se puede desconocer que durante la presencia de alguna alteración psicológica y según la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas, estos en la

evidencia científica han demostrado también presentar correlación o la aparición de enfermedades físicas tales como cáncer, enfermedades coronarias, y entre otras, que deterioran y agudizan la calidad de vida y su funcionalidad en la vida cotidiana.

Aspectos clínicamente relevantes cuando existe la presencia de uno o más diagnósticos que representa todo un estilo de vida, alto costo tanto lo económico, como familiar, social y sobre todo emocional y más cuando hay componentes como la depresión y la ansiedad que aún siguen sometido a estudios e intervenciones interdisciplinarias para encontrar técnicas que rehúnden en beneficio para cada paciente

CONCLUSIONES

Partiendo del presente documento se deja constancia de la gran necesidad que existe en nuestra profesión la de estar en una constante utilización de la investigación, empoderamiento de cada alteración psicológica; lo que supone en ir en la búsqueda de diagnósticos acertados, técnicas apropiadas sobre todo con evidencia científica que rehúnde en beneficio tanto para el paciente como su familia.

La exigencia por parte del Colegio Colombiano de Psicólogos en la especialización del área clínica como carta principal en la atención, evaluación e intervención de alteraciones mentales, puesto que supone estar entrenado y cualificado para realizar una función en el orden social tan relevante.

El trastorno mixto (ansiedad – depresión) requiere de una mayor atención teniendo en cuenta que cada vez más toma mayor relevancia dicho diagnóstico en el que al revisar la literatura es muy poco lo encontrado, no quiere decir que existan algunas aproximaciones y ya lo dicho en su momento por el Manual DSM IV TR en el que se encuentra en revisión.

Finalmente la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana permite con ello desarrollar competencias en la evaluación, observación, diagnóstico, intervención como prevención de la salud mental tanto del individuo como de la población, respondiendo no solo a su objetivo sino contribuye a la formación de profesionales éticos para realizar sus funciones con eficacia y efectividad.

RECOMENDACIONES

Encontrarse con el diagnóstico de trastorno mixto (combinación de ansiedad y depresión) que sugiere estar bajo la misma intensidad, frecuencia y duración de los síntomas, supone tal vez la búsqueda, investigación y revisión más exhaustiva, no solo con el propósito de entregar un acertado diagnóstico al paciente, sino también requiere ir en la búsqueda de técnicas clínicas adecuadas que rehúnden en beneficio tanto para el paciente como para su familia.

Esto conlleva no solo a la mejoría de los síntomas del paciente, así mismo permitirá obtener una mejora en su calidad de vida y su salud mental.

Sin duda alguna el diagnóstico en mención supone realizar un trabajo interdisciplinario sobre todo porque cuando se presentan solapamiento de los síntomas permite que la intensidad de estos ocasione en el mismo paciente una desesperanza frente a su malestar; y al mismo tiempo una posible confusión a la hora de realizar un diagnóstico en el profesional.

Una de las principales recomendaciones frente al abordaje del trastorno mixto es precisamente que los profesionales e instituciones de salud y universidades en el área de investigación tengan en consideración y reúnan esfuerzos por ir en búsqueda de un mayor conocimiento y apropiación de la temática, evitando de esta manera cometer errores éticos con los pacientes.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Agudelo, D., Buéla-Casal, G. y Spielberger, C. D. (2007) *Ansiedad y Depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas*. *Salud Mental*, 30, 33 - 41

Alberdi, J. Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas* 6, 1- 6.

Bados, A. García, E. y Fusté, A. (2002). *Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 477-50.

Badía, X. Muriel, C. Gracia, A. Núñez, M. Perulero, N. Gálvez, R. Carulla, J. Cleeland, S. (2002). *Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica*. *Medicina Clínica*, 47.237

Barraca, J. (2009). *Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación*. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 20. (2), 109-117.

Hurtado, H Sánchez, V. Bedoya, L. Londoño, N. Juárez, F. Marín, C, Muñiz, Agudelo, D. y Gómez, (2011). *Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana*. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 3, 59 – 71.

Boyle, G., Fernández, E. y Ortet, G. (2003). *El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire -MPQ) : consideraciones lingüísticas y estadísticas*. *Revista de Psicología*, 12, 11 – 119.

Cano, A., Dongil, E., Salguero, J. y Wood, C. (2011). *Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. Información psicológica*, 102, 4-27.

CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor

Echeburrúa, E. Salaberria, K. De Corral, P. Cenea, R. Berasategui T. (2000) *Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión. Resultado de una investigación experimental, Análisis y Modificación de la Conducta*, 26, 509 – 535.

Fullana, C. Fernández, L., Bulbena, A., Y Toro, J. (2011). *Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. Medicina Clínica*, 10, 1-5

García, F., Castel, B., & Vidal-F.J. (2006). *Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de Intervención. Reumatología Clínica*, 2, 28 – 43.

Consejo de salubridad general, (2009). *Guía de la práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en el adulto. Consejos y recomendaciones*. Cenetec. 2-40.

Giraldo, F. Y Londoño, N. (2008) Estudio de prevalencia de los trastornos mentales de la población que consulta en los servicios psicológicos ofrecidos por diferentes universidades de Medellín. Red de investigación. Ascofapsi. Extraído desde: www.ascofapsi.org.co/documentos/2008/prevalencia_trastornos_men.ppt. 1

Gonçalves E. F, González R. V.M. Vázquez C.J. (2003). Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C). 7 – 90

Hurtado, B. H , Sánchez, P.S., Bedoya, G. L., Londoño, N., J. F., Marín, C., Muñíz M.C., Y Agudelo, A.D. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. 3. 60

Ibañez. N. Lorente. E. Grau E. Franch. C. Ballester. R. (2014). Validez del Illness Behavior Questionnaire (IBQ): Estudio factorial y criterial. Dpto. de Psicología. Universitat. Jaume. 8.9

Iragorri C, Á, M.. (2010) Guía de Trastornos Depresivos y de Ansiedad. Bogotá. 5- 37 PLM 1.Colombia. Extraído el día 04 de febrero de 2013 desde http://tqfarma.com/Portals/0/docs/pdf/guia_depresion_ansiedad_MK.pdf

Latorre P, J. M., Navarro B, B., Parra D, M., Salguero, J.M., Mae W. C., y Cano V. A., (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. Revista Clínica Medicina Familiar, 5, 37 -45.

Ley 1090 (2006). Colegio colombiano de psicólogos 1

Ley 1616 (2013). Presidencia de la Republica. 1

Llobell, J.P., Frías, N, M.D., Monterde, H., (2004). *Tratamiento psicológico con apoyo empírico y práctica clínica basa en la evidencia.*

Londoño, N.,H., Henao L.G.C., Puerta. I.C, Posada. S., Arango. D., Aguirre. A. D. C. (2006). *Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana* Medellín Universidad san Buenaventura.

Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D., (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*

Matud, P., Bettencourt, J. M. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicossomáticos en una muestra de amas de casa. Bogotá. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 91-106.

Martínez. G J. M; Alberin U N; Munera, P; Verdejo G A. (2012), La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5 (1), 18-24.

Moreno. V., Namuche. F., Noriega. A.E., Vidal, M., Rueda. C., Pizarro. J., y Vidal L.(2010). Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. Facultad de medicina Universidad San Martin de Porres. 71. 24

Moreno J, B.; Garrosa H, E.; Gálvez H, M. (2005) Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. Universidad Autónoma de Madrid. Centro Universitario de Salud Pública España Publicado en: Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jiménez, B. (59-76)

Minici, A; Rivadeneira, C; Dahab, J.(2001) *Que es la terapia cognitivo – conductual. Revista de terapia cognitivo – conductual, 1, 1-6.*

Organización Mundial de la Salud (2014). Salud mental. 1 recuperado desde http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Pascual, J., Frias, M., Monteverde, H.,(2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, 25, 1 – 8.*

Piqueras R. J. A , Martínez G A.E., Ramos L. V., Rivero B. R. García L. L.J. Oblitas G. L.A. (2008).Depresión, Ansiedad y Salud. *Revista Suma Psicológica, 15, 43-71.*

Posada, V. J.A., Buitrago,B, J, P., Medina, B.Y., Rodríguez, O.M.,(2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, 4, 33 – 41.

Perelló, M.J., Martínez, C., y Lloréns, N. (2004) intervención en un caso de ingesta compulsiva y de la depresión. 78.78-90 extraído desde <http://www.psicologia->

online.com/articulos/2011/04/intervencion-en-un-caso-de-ingesta-compulsiva-y-depresion.shtml

Peñacoba P. C. (2009). *Intervención psicológica en pacientes con fibromialgia*. Infocoponline. Recuperado desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2436

Rojas- K., (2010). *Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva*. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 48, 491- 496.


Sarason, G., Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada..* Pearson educación.

Sanz, J., Perdigon A.L. vasquez, C., (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general Clínica y Salud*. Red de revistas científicas de América Latina. El caribe España y Portugal 14, 249-280.

Toquero de la Torre F., Zarco R. (2003). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. Gonzales. V. Trastornos Misto Ansioso depresivo. International Marketing & Communications, S.A. 93 - 109

Vera, V. P. (2004). *Estrategias de intervención en psicología Clínica*. Liberabit. *Revista de Psicología*, 10, 4-10.

ANEXOS**ANEXO 1. HISTORIA CLINICA**

		FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL			
		Código: FO – 405 - 007 Versión: 1 Página 45 de 5			
Fecha de recepción	Dí a	Mes	Año	No de Historia:	
1. DATOS DEMOGRÁFICOS					
1.1 Datos del paciente					
Nombre		Sexo	Edad	Estado civil	Documento de identidad
		M F	10		
Lugar y fecha de nacimiento			Dirección Residencia		
Estrato	Teléfono Residencia		Celular		
Profesión / Escolaridad			Ocupación		
Remitido por					
Entidad				Tipo	
1.2 Datos del acudiente					
Nombre		Parentesco		Edad	Estado civil
Documento de identidad		Dirección Residencia			
Estrato	Teléfono Residencia		Celular		

Profesión / Escolaridad	Ocupación
-------------------------	-----------

2. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE

2.1 Motivo de consulta:

2.2 Observación general del consultante:

FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

Código: FO – 405 - 007

Versión: 1

Página 46 de 5



2.3 Descripción de la situación actual:

FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	

Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

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

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.

- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

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

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8)

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13)

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16)

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

6

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo No 3 IBQ (Illness Behaviour Questionnaire)

A continuación le presentaremos unas cuestiones relacionadas con su salud a las que debe responder SI o NO , tachando con una cruz o rodeando la opción elegida. Por favor, intente contestar a todas las preguntas aunque le parezca que algunas no son directamente aplicables a usted.

1. ¿Se preocupa mucho por su salud?	SI	NO
2. ¿Cree usted que algo anda mal en su cuerpo?	SI	NO
3. ¿Interfiere mucho su enfermedad en su vida?	SI	NO
4. ¿Es fácil llevarse bien con usted cuando está enfermo?	SI	NO
5. ¿Ha habido muchos enfermos en su familia?	SI	NO
6. ¿Piensa que usted es más propenso a enfermarse que otros?	SI	NO
7. ¿Si el médico le dijera que no le encuentra nada malo, le creería?	SI	NO
8. ¿Le es fácil olvidarse de usted mismo y pensar en otras cosas?	SI	NO
9. ¿Se enfada si se siente enfermo y le dicen que parece mejorado?	SI	NO
10. ¿Cree que es demasiado consciente de lo que pasa en su cuerpo?	SI	NO
11. ¿Piensa que su enfermedad es un castigo por algo malo que hizo?	SI	NO
12. ¿Tiene problemas con sus nervios?	SI	NO
13. ¿Puede animarle fácilmente su médico cuando se siente	SI	NO

enfermo o preocupado?		
14. ¿Cree que otra gente se da cuenta de lo que es estar enfermo?	SI	NO
15. ¿Le molesta hablar al médico acerca de su enfermedad?	SI	NO
16. ¿Está usted preocupado por muchos achaques?	SI	NO
17. ¿Afecta mucho su enfermedad en cómo se comporta con su familia?	SI	NO
18. ¿Cree que se pone ansioso fácilmente?	SI	NO
19. ¿Conoce a alguien que haya tenido su misma enfermedad?	SI	NO
20. ¿Es más sensible al dolor que otros?	SI	NO
21. ¿Teme enfermar?	SI	NO
22. ¿Puede expresar fácilmente sus sentimientos a otros?	SI	NO
23. ¿Siente la gente lástima por usted cuando está enfermo?	SI	NO
24. ¿Cree que usted se preocupa más que los demás por su salud?	SI	NO
25. ¿Piensa que su enfermedad afecta a sus relaciones sexuales?	SI	NO
26. ¿Le produce mucho dolor su enfermedad?	SI	NO
27. ¿Tiene algún problema en su vida aparte de su enfermedad?	SI	NO
28. ¿Le preocupa que los demás se den cuenta o no de que está enfermo?	SI	NO
29. ¿Cree que se pone celoso de la buena salud de los demás?	SI	NO
30. ¿Tiene pensamientos tontos acerca de su salud que no puede	SI	NO

eliminar por mucho que se esfuerce?		
31. ¿Tiene algún problema económico?	SI	NO
32. ¿Le molesta cómo toman los demás la enfermedad de usted?	SI	NO
33. ¿Le resulta difícil creer al doctor cuando le dice que no hay nada de lo que preocuparse?	SI	NO
34. ¿Se preocupa a menudo por la posibilidad de tener una enfermedad grave?	SI	NO
35. ¿Duerme bien?	SI	NO
36. ¿Tiende a reprimir sus sentimientos cuando está enfadado?	SI	NO
37. ¿Piensa a menudo que puede caer enfermo de repente?	SI	NO
38. ¿Si se le da a conocer una enfermedad (por la radio, televisión, o alguien que conozca) le preocupa llegar a tenerla?	SI	NO
39. ¿Cree que la gente no toma la enfermedad de usted con suficiente seriedad?	SI	NO
40. ¿Le molesta la apariencia de su cara o de su cuerpo?	SI	NO
41. ¿Cree que se preocupa por muchos síntomas diferentes?	SI	NO
42. ¿Intenta explicar frecuentemente a otros cómo se siente?	SI	NO
43. ¿Tiene algún problema familiar?	SI	NO
44. ¿Cree que algo anda mal en su cabeza?	SI	NO
45. ¿Come bien?	SI	NO
46. ¿Es su mala salud la mayor dificultad de su vida?	SI	NO
47. ¿Cree que se pone triste con facilidad?	SI	NO

48. ¿Se preocupa o molesta por detalles insignificantes para otros?	SI	NO
49. ¿Es usted siempre un paciente que coopera?	SI	NO
50. ¿Tiene a menudo los síntomas de una enfermedad muy grave?	SI	NO
51. ¿Cree que se enfada fácilmente?	SI	NO
52. ¿Tiene algún problema laboral?	SI	NO
53. ¿Prefiere guardarse sus sentimientos para usted mismo?	SI	NO
54. ¿A menudo piensa que se está deprimiendo?	SI	NO
55. ¿Se irían sus preocupaciones si estuviera sano físicamente?	SI	NO
56. ¿Está más irritable con los demás?	SI	NO
57. ¿Cree que las preocupaciones pueden provocar sus síntomas?	SI	NO
58. ¿Los demás se dan cuenta fácilmente de que usted está enfadado con ellos?	SI	NO
59. ¿Le resulta difícil relajarse?	SI	NO
60. ¿Tiene otras preocupaciones no causadas por la enfermedad física?	SI	NO
61. ¿Cree que pierde la paciencia a menudo con los demás?	SI	NO
62. ¿Le es difícil mostrar a los demás sus sentimientos?	SI	NO

Anexo No 4. ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., Aguirre, D. (2005)

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

N		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6

Prácticas de Especialización en psicología Clínica CPS 63

3	Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4	Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5	Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8	Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9	Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
1	Trato de solucionar el	1	2	3	4	5	6

0	problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados						
1	Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
1 2	Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
1 3	Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
1 4	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
N		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Busco ayuda profesional	1	2	3	4	5	6

5	para que me guíen y orienten						
1 6	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
1 7	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
1 8	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
1 9	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
2 0	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6

2 1	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
2 2	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
2 3	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
2 4	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
2 5	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6

Prácticas de Especialización en psicología Clínica CPS 67

2 6	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
2 7	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
2 8	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
2 9	Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
3 0	Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
3 1	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
3 2	Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6

3 3	Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
3 4	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
3 5	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6
3 6	Rezo	1	2	3	4	5	6
3 7	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6

N		NUNC A	CASI NUNC A	A VECE S	FRECUEN - TEMENTE	CASI SIEMPR E	SIEMPR E
3 8	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
3 9	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	1	2	3	4	5	6
4 0	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
4 1	Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
4 2	Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
4 3	Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6

Prácticas de Especialización en psicología Clínica CPS 70

4 4	Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
4 5	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
4 6	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
4 7	Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
4 8	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
4 9	Acudo a la iglesia para poner velas o	1	2	3	4	5	6

	rezar						
50	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52	Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6

Prácticas de Especialización en psicología Clínica CPS 72

5 6	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1	2	3	4	5	6
5 7	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
5 8	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
5 9	Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
6 0	Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6

6 1	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
N		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
6 2	Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
6 3	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
6 4	Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
6 5	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6

Prácticas de Especialización en psicología Clínica CPS 74

6 6	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
6 7	Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
6 8	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
6 9	Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

Anexo No 5. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D. (2012)

A continuación, encontrarás algunas preguntas sobre el apoyo o ayuda del que dispones de otras personas.

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos y familiares cercanos tengo? (personas con las que me siento a gusto y con quienes puedo hablar sobre lo que pienso)

Escribo en la casilla el número de amigos y familiares cercanos: _____

Algunas veces, las personas buscan a otras personas por compañía, ayuda u otro tipo de apoyo ¿con que frecuencia están disponibles para mi cada uno de los siguientes tipos de apoyo si lo necesito?

N		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
2	Alguien que me ayude cuando tenga que guardar reposo en la cama	1	2	3	4	5
3	Alguien con quien pueda contar para que me escuche cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4	Alguien que me aconseje cuando esté	1	2	3	4	5

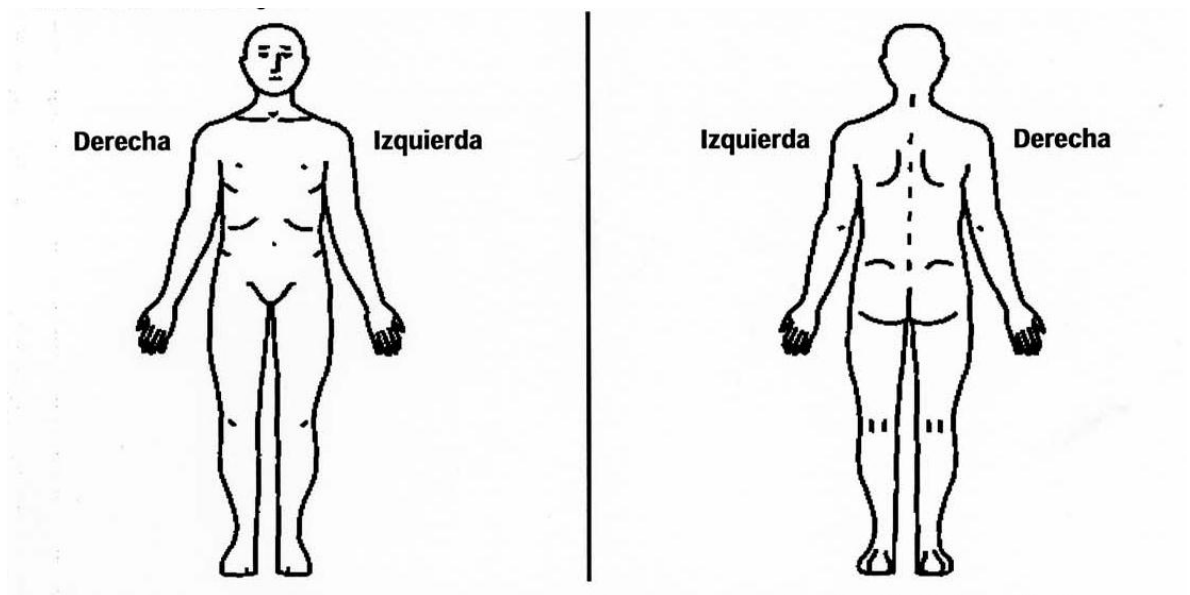
	en crisis					
5	Alguien que me lleve al doctor si necesitara ir	1	2	3	4	5
6	Alguien que me demuestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7	Alguien con quien paso buenos ratos	1	2	3	4	5
8	Alguien que me dé información para ayudarme a entender una situación	1	2	3	4	5
9	Alguien en quien puedo confiar o hablar sobre mí mismo y mis preocupaciones	1	2	3	4	5
10	Alguien que me abrace	1	2	3	4	5
11	Alguien con quien pueda relajarme	1	2	3	4	5
12	Alguien que me prepare las comidas si no pudiera hacerlo yo misma/o	1	2	3	4	5
13	Alguien de quien realmente desearía	1	2	3	4	5

	recibir un consejo					
14	Alguien con quien pueda hacer algo que me ayude a despejar mi mente	1	2	3	4	5
15	Alguien que me ayude con mis quehaceres domésticos si estuviera enferma/o	1	2	3	4	5
N		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
16	Alguien con quien compartir mis mayores preocupaciones y miedos	1	2	3	4	5
17	Alguien a quien acudir para que me sugiera cómo manejar un problema	1	2	3	4	5
18	Alguien con quien divertirme	1	2	3	4	5
19	Alguien que entienda mis problemas	1	2	3	4	5
20	Alguien a quien amar y que me haga sentir	1	2	3	4	5

amado						
-------	--	--	--	--	--	--

**Anexo No 6. CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR –
CBD**

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una “X” las zonas donde más le duele.



		Ningún Dolor											El pero dolor imaginable
2	Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana												
3	. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en la última semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5	Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., el calor, la medicación, el descanso)?

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido

Ningún Alivio											Alivio Total
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

- La medicación para el dolor no me ayuda en nada
- 1 hora
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas
- De 5 a 12 horas
- Más de 12 horas
- No tomo medicación para el dolor

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las

Respuestas. Creo que mi dolor es debido a:

12.A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)	SI	NO
--	----	----

13.B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)	SI	NO
14.C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis).	SI	NO

15. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor

Dolorido/continuo	SI	NO
Palpitante	SI	NO
Irradiante	SI	NO
Punzante	SI	NO
Fatigoso (pesado)	SI	NO
Penetrante	SI	NO
Persistente	SI	NO

Mortificante (calambre)	SI	NO
Agudo	SI	NO
Sensible	SI	NO
Quemante	SI	NO
Agotador	SI	NO
Entumecido (adormecido)	SI	NO
Penoso	SI	NO
Insoportable	SI	NO

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana

		No Interfiere											Interfiere por completo
A	Actividad General	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

B	Estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	Capacidad de caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E	Relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F	Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
G	Disfrutar de la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor...

- De forma regular
- Sólo cuando la necesito
- No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor (en un periodo de un día)...

- No todos los días
- 1 o 2 veces al día
- 3 a 4 veces al día

16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?	SI	NO	No lo Sé
17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que ha recetado el médico?	SI	NO	No lo Sé
18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?	SI	NO	No lo Sé

Sí la respuesta es sí por qué?

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación?	SI	NO
--	----	----

Qué efectos secundarios?

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?	SI	NO
---	----	----

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor marque con una cruz todo lo que se le aplique)

Compresas calientes	
Compresas frías	
Técnicas de relajación	
Distracción	
Biofeedback	
Hipnosis	
Otros	

Por favor, especifique _____

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico son _____

Anexo No 7. CUESTIONARIO DE MCGILL-MELZACK

Algunas de las palabras que aparecen en los recuadros describen su dolor. Marque con una "X" las palabras que mejor lo describen.

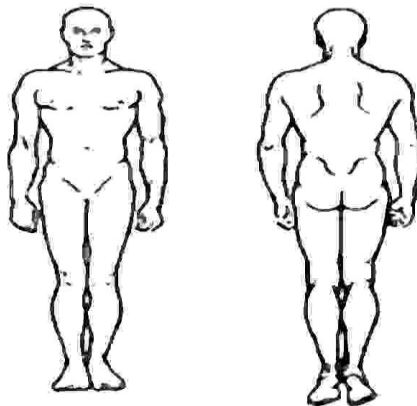
1	2	3	4
Que tiembla	Brusco	Como aguja	Punzante
Que pulsa	Corrientazo	Como perfora	Cortante
Que vibra	Disparo	Que apuñala	
Que martilla			
5	6	7	8
Que pellizca	Como tirones	Calientes	Comezón
Que presiona	Que estira	Ardor	Rasquiña
Que tritura	Que retuerce	Que quema	Hormigueo
Como un calambre			
9	10	11	12
Lento	Sensible	Fatigante	Enfermante
Resentido	Tenso	Extenuante	Sofocante
Que lastima	Como si se fuera a partir		
13	14	15	16
Que da miedo	Violento	Desesperante	Molesto
Deprimente	Cruel	Enceguecedor	Problemático

	Fastidioso		Intenso
	Que mata		Insoportable
17	18	19	20
Que se extiende	Rígido	Frío	Repugnante
Que penetra	Tirante	Helado	Atroz
Que traspasa	Que aprieta	Congelado	Agonizante
	Que desgarrar		Torturante

21. Marque la palabra que mejor describa la intensidad de su dolor actualmente.

0	1	2	3	4	5
No Dolor	Leve	Moderado	Fuerte	intenso	Insoportable

En las figuras de abajo, marca con una "X" las zonas donde siente el dolor.



Marque con una "X" los síntomas acompañantes al dolor.

1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo**

se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

FRECUENTE- MENTE	CASI SIEMPRE	CASI		ALGUNAS VECES	
		1	2	3	4
21. Me siento bien		1	2	3	4
22. Me canso rápidamente		1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar		1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz		1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente		1	2	3	4
26. Me siento descansado		1	2	3	4
27. Soy un persona “tranquila serena y sosegada”		1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas		1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia		1	2	3	4
30. Soy feliz		1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho		1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo		1	2	3	4
33. Me siento seguro		1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad		1	2	3	4
35. Me siento melancólico		1	2	3	4
36. Estoy satisfecho		1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente		1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que					

no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Calificación Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

$(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Anexo no 9. Folleto de psi coeducación del trastorno mixto. Extraído el día 12 de Agosto de 2013 de WWW.L UI SR OJ A SMA R CO S . COM, Rojas, M, L.

4-octubre-depresion-y-ansiedad.pdf - Adobe Reader
 Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

1 / 4 75%

Comentario Compartir

SER MÉDICO:
El Blog de Julio Zarco

INVITADO
D.R. LUIS ROJAS MARCOS
WWW.LUISROJASMARCOS.COM

PSIQUIATRA, INVESTIGADOR Y
PROFESOR EN NEW YORK
WWW.LUISROJASMARCOS.COM

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

4 DE OCTUBRE DE 2013
DÍA MUNDIAL DE LA SONRISA

¿Es frecuente la depresión?

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. Su tasa de prevalencia (número de personas con depresión) es elevada y se ve incrementada progresivamente. **Cada 100 personas** tienen un trastorno depresivo, aunque en algunos países la tasa de depresión puede ser mayor (20 de cada 100 personas). La depresión afecta a **más mujeres que hombres** (2 de cada 3 personas con depresión son mujeres). Aproximadamente la mitad de las personas afectadas de depresión van a demandar ayuda profesional de los sistemas sanitarios, lo que supone elevados costes para el Sistema Nacional de Salud (el 33% del total de los costes destinados a la atención de la salud mental).

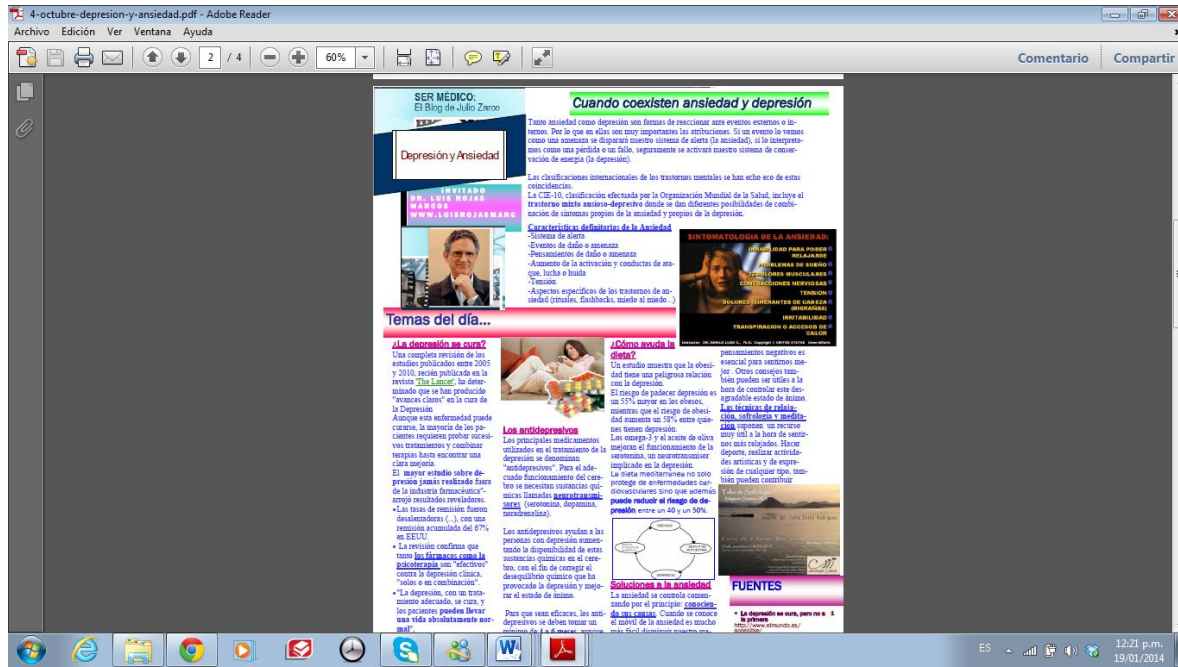
¿Cómo se manifiesta?

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que genera un profundo desánimo y sensación de infelicidad. Todas las personas se sienten tristes de vez en cuando, pero la depresión es mucho más que estar bajo de ánimo de forma pasajera. Por tanto, las personas que muestran síntomas de depresión deben acudir a un profesional para consultar su caso.

La depresión se caracteriza por un conjunto de síntomas, por lo que un síntoma aislado no indica que estemos pasando por un proceso depresivo. Asimismo, es importante destacar que estos síntomas pueden variar de una persona a otra y de un episodio depresivo a otro.

Síntoma	Síntoma atípico
Tristeza	Tristeza
Pérdida de interés	Pérdida de interés
Pérdida de placer (anhedonia)	Pérdida de placer (anhedonia)
Insomnio	Insomnio
Hipersomnia	Hipersomnia
Pérdida de peso	Pérdida de peso
Alimentación	Alimentación

CONTENIDO
 DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
 ¿ES MUY FRECUENTE?
 ¿CÓMO SE MANIFIESTA?
 ¿QUÉ LA PUEDE CAUSAR?
 CUANDO COEXISTEN DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
 SEMANA DEL DÍA
 ¿La depresión se cura?
 ¿Las antidepressivos?
 ¿Cómo ayuda la dieta?
 Soluciones a la ansiedad



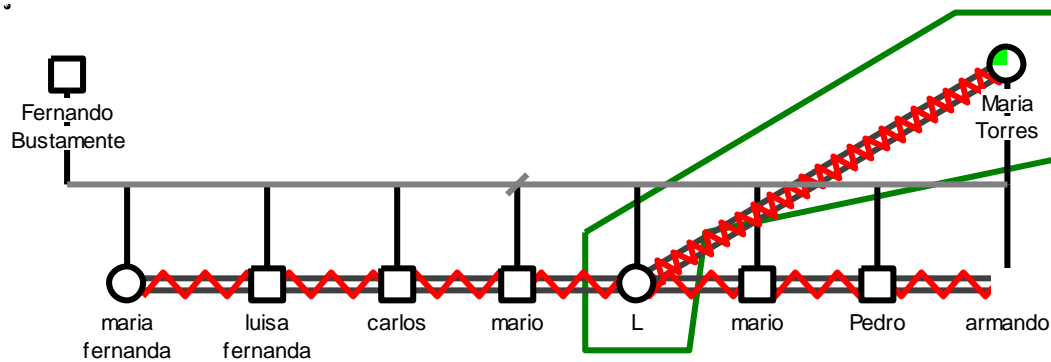
Anexo No 10 Estudio de Caso

1. Datos sociodemográficos

Nombre: L	No de Historia clínica 18200221
Teléfono: 6445423 (ficticio)	Lugar de Residencia: Piedecuesta
Fecha de Nacimiento	Género: Femenino
Estado Civil: Soltera	Religión: Católica
Estudios : Profesional en regencia	Ocupación: Regente de Farmacia.

de Farmacia	
Edad. 32 años	Familia. Monoparental
Remitido por: Individual	Estrato: Dos

1. Genograma



2. . Motivo de consulta:

"No soy feliz con lo que hago, me cuesta trabajo controlarme con mi madre y en mi trabajo. Me siento mal"

La paciente es diagnosticada por psiquiatría con: Trastorno Depresivo Ansioso, con antecedentes de Trastorno Depresivo recurrente y personalidad dependiente – pasiva. Recibiendo su respectivo tratamiento farmacológico con fluoxetina y amitriptilina. Sin embargo ha suspendido los tratamientos por falta de recursos económicos para cancelar el servicio de la Eps como también los efectos

secundarios que le producen los fármacos. A nivel psicológico ha recibido intervenciones por eventos específicos como: Depresión por inestabilidad con su pareja. Duelos no resueltos, El no control de la agresividad e ira. Sin obtener resultados favorables.

3. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- **Desmotivación en diferentes actividades:**

Proviene de una familia monoparental en el que su infancia y adolescencia fue maltratada verbal y psicológicamente por su progenitora, enfocado en el cumplimiento de las normas y reglas de manera estricta, pero sobre todo a mostrar resultados importantes tales como: competitividad con sus hermanos varones, logros académicos, sin permitirle disfrutar de las respectivas etapas de la vida, generando temor y preocupación excesivo para no cometer errores. Fue al finalizar la adolescencia cuando empezó a experimentar desasosiego, tristeza, ira y demás emociones y sentimientos que no fueron expresados adecuadamente cumpliendo a la fecha 14 años de presentar malestar emocional y sentimental incorporándolos hasta el punto de hacer parte de su vida. Sin embargo, en algunos momentos inespecíficos, éstos se han agudizado al grado de presentar ideación suicida. Desde hace dos años que se encuentra laborando con la empresa nunca ha sentido alguna sensación de bienestar por las funciones que desempeña, frecuentemente se viene presentando altercados fuertes con una de sus compañeras de trabajo, en el que termina expresando lo que siente de una manera agresiva verbalmente. Manifiesta que estudio una carrera que no era de su agrado, solo por complacer a su madre constantemente le expresaba “debes estudiar para hacer alguien en la vida”, además una oportunidad que debió ser aprovechada el poder obtener un título profesional ya que obtuvo una beca, posterior a su

graduación ha laborado por temporadas sintiendo el mismo malestar tanto físico como emocional y sentimental. Por lo tanto tiene claridad que no siente satisfacción ni por su familia, ni empleo, ni carrera profesional aproximadamente desde los 19 años de vida, con quienes han sido su pareja por la inestabilidad que presenta de manera general.

- **Relación conflictiva con su madre**

En la actualidad la paciente luego de vivir una temporada de aproximadamente tres años con la familia de su hermana mayor y al presentar problemas de convivencia intrafamiliar toma la decisión de arrendar un aparta estudio con una sola habitación para residir junto a su madre, de esta manera poder minimizar gastos y evitarse inconvenientes con los demás familiares, desde hace un año, ha perdido totalmente su intimidad lo cual genera mayor malestar y presencia de síntomas. **“Es un amor desordenado”** refiere la paciente, por un lado siente lastima y de alguna manera obligación moralmente por hacerle compañía ya que a sus 70 años no es favorable estar tan sola y ninguno de sus hermanos siempre compromiso afectivo o económico por ella,, por otro lado, las relaciones son altamente conflictivas tanto verbal como psicológica generado por sentimientos de odio e ira originados en la infancia y adolescencia ya que al momento de terminar su bachillerato logra consolidar sus propios ideales en referente a la vida, se libera medianamente del sometimiento al maltrato psicológico por parte de su madre, paso de ser tímida e introvertida a expresar lo que siente de una manera negativa, cualquier cosa por mínima que sea le irrita, No puede olvidar como hecho importante que a sus 17 años hasta los 19 años, su progenitora no la apoyo cuando más la necesitaba, por el contrario fue demasiado exigente y demandante frente a la adaptación social sin contar con dichas habilidades (cuando cumplió los 18 años, ese mismo día la llevo a sacar la cedula, manifestaba que ella era una carga, le sacaba encara su comida, entre otras), ante ese bai bem de sentimiento en algunos momentos han

aparecido ideas y pensamientos fugases de muerte hacia su progenitora como hecho natural.

- **La presencia de síntomas físicos y mentales relacionados con la depresión:** durante la adolescencia la paciente empieza a experimentar síntomas físicos y cognitivos característicos de un cuadro depresivo, con el tiempo se agudizan, es así, como a sus 24 años de vida, con la ruptura de su relación de pareja se manifestó una conducta sin intención suicida y fue la de tomarse medicamentos recetados por el médico para poder dormir, sin embargo los uso en exceso para que su sueño se prolongara por días y al despertar su malestar hubiese desaparecido. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo principalmente son:
 - ✓ Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días.
 - ✓ Disminución del interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día y casi todos los días.
 - ✓ Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, disminución o aumento del apetito casi cada día.
 - ✓ Insomnio o hipersomnia (dormir mucho) casi cada día.
 - ✓ Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - ✓ Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - ✓ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 - ✓ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
 - ✓ Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolonga por más de seis meses.
 - ✓ Le resulta difícil controlar su estado de constante preocupación.
 - ✓ Fatigabilidad fácil, tensión muscular, no puede tener su mente en blanco, inquietud o impaciencia Los síntomas se intensifican en situaciones estresoras como: terminar con su pareja, el quedarse sin empleo entre otras. ha recibido diferentes diagnósticos relacionados como Fibromialgia, gastritis,

colon irritable, tensión muscular tratados en su momento por el profesional de medicina. En la actualidad solo recibe analgésicos y algunas terapias para manejar el dolor.

- **Expresión inadecuada de sentimientos y emociones:** No existe un momento específico o punto de partida en el que recuerde que paso de ser una persona altamente introvertida, callada, tímida, sumisa en todos los aspectos de la vida (pasivo), a lograr transformar y expresar de manera activa todo lo que piense y siente de manera brusca siendo agresiva verbal y psicológicamente / (agresivo) teniendo poco control sobre las mismas que le han generado problemas constantes con su madre, familiares y compañeros de trabajo.
- **Rumiación:** La paciente reporta que constantemente está pensando cosas del pasado, presente y futuro en el que incluye Creencias irracionales sobre sí mismo, los demás y el futuro: Manifiesta que desde su infancia y adolescencia ha respetado las normas del hogar y ha tenido una educación rígida en valores, que ahora le parecen irrelevantes. La dificultad radica no en pensar sino es que no puede hacerlo de manera racional, funcional. Existe fuga de ideas durante todo el día lo cual al hacerlo desencadena una serie de síntomas mentales, físicos y conductuales, que posibilitan la aparición de enfermedades o sentir malestar clínicamente significativa, esto ocurre desde los 18 años de edad.
- **Pocas habilidades sociales:** por considerarse tímida, prefiere y evita situaciones comprometedoras, lo cual ha establecido pocas redes de apoyo. Desde los 17 años se ha visto forzada y obligada a interactuar con los demás sintiendo poco placer, su mejor amiga se encuentra en el exterior con quien se comunica frecuentemente, algunos amigos que hace son debido a la búsqueda de Dios y por tener ideales en común. Siente incomodidad el motivo

de vivir en una sola habitación y tener que mantener a su madre. Sin embargo no ha solucionado dicha situación porque no sabe cómo reaccionaría su familia.

5. Descripción historia de vida

Mujer de 32 años, de profesión Regente de farmacia. Soltera sin ningún compromiso desde hace dos años, sin hijos, proviene de una familia nuclear, padres casados durante 17 años tomaron la decisión de separarse cuando ella era muy pequeña. Es así que su madre asume el rol de los dos padres para sacar adelante a todos los hijos, siendo la menor de las mujeres y la quinta de sus hermanos conforman de esta manera la familia Monoparental. Ahora siendo adulta reconoce que durante su Segunda infancia como eventos relevantes o significativos recuerda que la ausencia del padre marco su vida ya que siempre le necesito e hizo demasiada falta y nunca estuvo ahí cuando más lo necesito, recuerda que fue manoseada sexualmente por uno de sus cuñados cuando tenía que trasladarse a casa de su hermana y ser cuidada por la mima, eventos que nunca han sido contados a ninguna persona por miedo a no ser rechazada, La paciente, se caracterizó por ser muy tímida sumisa y sobre todo callada en comparación a sus hermanos, es en la adolescencia donde se percata que su ambiente familiar es altamente demandante, severos, en algunos casos punitivos y donde buscan evitar errores, la perfección y el cumplimiento de reglas y deberes, por encima de cualquier tipo de dispersión o expresión de emociones, lo cual hacia que años tras años se acumula la tensión sin poder expresar o regular las emociones, experimentando una desesperanza aprendida en función de una mala comunicación con su familia, y la exigencia en el cumplimiento de normas y reglas en el hogar y a nivel social que no le permitían desarrollarse como persona. Por otra parte en el área de educativa siempre mostro muy buenos resultados, nunca perdió una materia o años escolares, mostro excelencia académica y disciplinaria generado por las exigencias del hogar., al terminar su bachillerato obtiene una beca para estudiar una carrera profesional, esto es ayudado

por su primera pareja, motivada por ello y sumado a que siente mucha tristeza y confusión ante la toma de decisión para elegir qué carrera estudiar asiste al psicólogo por primera vez, sin obtener mayores resultados, finalmente, logra obtener su título en regencia de farmacia, sintiendo que la carrera elegida no es de su agrado ni satisfacción. Posteriormente acude a su primera entrevista de trabajo donde los resultados fueron desfavorables, al no obtener el puesto argumentado tanto a su timidez y poca capacidad que tenía para argumentar las preguntas y desenvolverse durante la entrevista, situación que inmediatamente es reprochada por su progenitora tornándose conflictiva al interior del hogar, esto es debido a la necesidad de aportar económicamente para los gastos y de producir en la sociedad, la demanda de poder surgir y ejercer lo que estudio, se incrementa sentimientos de impotencia emocional y sentimental por no tener una estabilidad laboral. Durante ocho años aproximadamente viene presentando síntomas físicos, cognitivos y conductuales característicos de un Trastorno Depresivo, siendo estos recurrentes y con presencia de síntomas ansiosos, recibiendo tratamiento farmacológico por parte del Psiquiatra de la Eps, abandona el tratamiento por que siente que incrementa o aparecen otros síntomas físicos, es decir ante los efectos secundarios. Desde hace dos años recibe tratamiento por múltiples dolores ha recibido varios diagnósticos como Fibromialgia, gastritis, colon irritable. Dermatitis seborreica en diferentes momentos ante lo cual recibe los tratamientos específicos, encontrándose en muchas ocasiones mejorías y en otras no, como es el caso de la fibromialgia quien consume constantemente analgésicos recetados por el especialista, algunas terapias para las articulaciones para el manejo del dolor. Resalta la paciente que los cuadros se agudizan cuando existen eventos importantes que la desestabilizan tales como: ruptura con sus parejas, infidelidad por parte de su ex pareja, diferencias con su madre, diferencias con su compañera de trabajo y jefe. “No recuerdo con exactitud las fechas y el orden específico de los acontecimientos porque son muchas aclarar” desde hace un año labora como regente de farmacia en la empresa salucoop donde debe cumplir normatividad y seguir instrucciones que la irritan demasiado y en otras ocasiones las somatiza. La comunicación con su familia se encuentra alterada movido por el cumulo de situaciones ocurridas tanto en ella como en cada integrante sin buscar ningún tipo de ayuda.

6. Ciclo de vida

CICLO DE VIDA	DESCRIPCIÓN
PRENATAL	No se describen ningún tipo de complicación o anormalidad. El curso se dio de manera favorable.
PRIMERA INFANCIA	De esta área recuerda muy poco. Detalles muy específicos tales como: separación de sus padres., por lo tanto su madre se reorganiza y asume los dos roles, siendo altamente exigente y estricta en el cumplimiento de normas en diferentes áreas (escolar, social, familiar) La relación con sus hermanos y amigos eran básicas precisamente por las pautas de crianza implementadas. Se caracterizó por ser muy tímida y callada en comparación con sus hermanos.
SEGUNDA INFANCIA	Siguió el curso similar al de la primera infancia con la diferencia que a esta edad se incrementa el control y la exigencia por hacer las cosas perfectas y mostrar excelentes resultados en el área de estudio por parte de su familia. Poco se comparte en familia, generando muy pocos vínculos psicoactivos, la comunicación de acuerdo a lo narrado por la paciente era muy complicada. Su actitud principal fue de total sumisión y ser callada. Recuerda que su padre siempre lo extrañó y lo necesitó en muchos momentos importantes de su vida. Uno de ellos fue cuando en dos ocasiones su cuñado, marido de su hermana mayor lo manoseó sexualmente mientras dormía sin llevar a cabo acto penetratorio
ADOLESCENCIA	Para esta etapa de la vida: se incrementan las normas estrictas, controles y exigencia de manera general, es así

	<p>que siempre ocupó los primeros puestos en el colegio. Su tiempo transcurrió entre los quehaceres del hogar y las actividades escolares, poco compartía con amigos debido a la sumisión y el cumplimiento de normas sin cuestionarlas pese que no eran de su agrado, ocasionando burla y rechazo por parte de algunos compañeros de estudio de la actitud asumida ante la vida. Su madre la mayor parte del tiempo estaba generando crítica y rechazo por múltiples motivos, sin embargo ante el respeto, miedo y la autoridad no expresaba sus sentimientos y emociones según refiere la paciente. Como dato importante al finalizar su bachillerato y recibir una beca gestionada por el novio asiste al psicólogo para recibir orientación para tomar la decisión porque se sentía muy confundida, manifiesta que desde la segunda infancia y final de la adolescencia aproximadamente a los 17 años venía presentando síntomas característicos de un ID. Desesperanza aprendida.</p>
<p>ADULTEZ</p>	<p>Posterior de iniciar estudios con una beca. En la universidad industrial de Santander como regente de farmacia hasta el momento de graduarse sigue presentado síntomas de tristeza, desesperanza, infelicidad, anhedonia, llanto, y por primera vez de la Eps es remitida a psiquiatría donde es diagnosticada con trastorno depresivo, luego de presentar un intento suicida a sus 24 años, se le asignó un tratamiento farmacológico con (fluoxetina) donde suspende el tratamiento por presentar mejoría en sus síntomas y volver con su pareja. A los 28 años es atendida por el psiquiatra quien es diagnosticada con Trastorno depresivo ansioso recurrente sin que la paciente lleve a cabo el tratamiento total, lo suspende por los efectos secundarios, por no tener dinero para asistir al control de las citas. Ha recibido</p>

asistencia profesional de psicología de acuerdo a los diagnósticos como: Trastorno depresivo, Duelo no resuelto y falta de control emocional, que de acuerdo a lo narrado por la paciente solo le han servido para estabilizarla del momento y la situación. No recuerda haber tenido ningún momento pleno, de felicidad o importante para su vida. De los 24 años en adelante ha venido presentando de manera recurrente y progresiva enfermedades físicas como gastritis, colon irritable, dermatitis seborreica y principalmente Fibromialgia, esta última desde hace 18 meses sin encontrar ningún resultado favorable ante los tratamientos de analgésicos y terapias físicas. A nivel laboral tampoco ha tenido estabilidad ha pasado por varios trabajos bajo la modalidad de contrato de OPS, ocasionando inestabilidad económica, algunos periodos largos sin empleo, y como consecuencia ha vivido en algunas temporadas en casa de sus hermanos ocasionado mayores distanciamientos por diferencias conductuales ante eventos de la vida su mayor impacto fue el haber arrendado un aparta estudio de una sola habitación y mudarse con su madre, al poder sus espacios de intimidad y asumir la totalidad de los gastos, sumado al resentimiento que guarda, más la presión que sigue ejerciendo emocional produce y desencadena síntomas físicos, mentales y conductuales. Intento alejarse de su familia durante cinco oportunidades, sin embargo ante el surgimiento de algo inesperado en la paciente tenía que regresar a vivir con su familia ocasionando más reproches y burlas.

Los síntomas aparecidos físicos, cognitivos y conductuales en la adolescencia se incrementan y se disparan en diferentes eventos como: exigencia de normas, reclamos,

seguir instrucciones, cuando se evidencian diferencias marcadas en otras personas a la forma de ser de ella, cuando recuerda y piensa de manera desfavorable en su propia vida. Ahora como adulta es consciente de sus altamente agresivas tanto verbal como psicológicamente cuando interpreta sentirse atacada, al finalizar la situación o el momento realiza el descargue emocional sintiendo síntomas de un cuadro depresivo o ansioso o en la mayoría de situaciones opta por evitar o huir de lo que está sintiendo, A nivel social poco establece relaciones interpersonales de manera asertiva porque prefiere evitar problemas o que la vean sintiéndose incomoda.

A nivel afectivo personal ha tenido seis parejas con un periodo aproximado de duración de seis meses, solo Juan Carlos con quien sostuvo una relación de cinco años de manera intermitente por diferentes motivos hasta dar la culminación por infidelidad de parte de él. Fue demasiado duro ya que él fue su mayor apoyo económico, sexual. Afectivo. Es así que al finalizar la relación se incrementan los síntomas depresivos porque consideraba la relación conflictiva y frustrante. Se aclara que la información suministrada por la paciente no tiene claridad el orden del acontecimiento de los hechos como tampoco fechas exactas solo recuerda eventos.

7. Contexto

Aspectos emocionales y cognitivos	<p>Manifiesta que la mayor parte del tiempo se siente igual (triste, aburrida, no siente ningún tipo de placer por cosas cotidianas) lo cual le lleva a tener conflicto con sus compañeros de trabajo, jefe y familia principalmente con su madre. La desmotivación suele estar presente desde hace ocho años. Las principales emociones permanente es la ira y la tristeza Presenta distorsiones cognitivas como: sobre: sobre generalización, etiquetas globales, leer el pensamiento, personalización. Filtraje o selección selectiva. Presenta baja autoestima, y constante confrontación por sus emociones y pensamientos.</p>
Familia	<p>Proviene de una familia monoparental teniendo en cuenta que la separación se produce cuando ella era muy pequeña. Su padre una figura ausente desencadeno una serie de fracturas emocionales Menor de las mujeres y se siete hermanos más. Las relaciones son altamente conflictivas con su madre quien en la actualidad tiene 70 años. Conviven las dos solas puesto que sus hermanos ya todos tienen sus propios hogares y no asumen la responsabilidad de las manutenciones. La comunicación es parcial e ineficaz.</p>
Contexto Académico /laboral	<p>Llevo a cabo sus estudios de primaria y bachillerato acabilidad, es decir sin perder ninguna materia como año escolar, siempre ocupó los primeros puestos en el colegio. Promedio que le permitió estudiar una carrera profesional en la universidad industrial de Santander como regente de farmacia. Con disciplina ejemplar.</p> <p>Luego de obtener su título profesional ha tenido contratos en periodos muy cortos con OPS ejerciendo su carrera</p>

	<p>quien. En la actualidad logra tener estabilidad durante un año con la empresa saludcoop, se considera responsable, cumplidora por obligación, pero altísimamente desmotivada en sus funciones por qué no le agrada sus funciones, cumplir normas absurdas y sobre todo el contacto permanente con la gente.</p>
<p>Interacción social y de pareja</p>	<p>Se considera una persona de religión católica asiste a un grupo espiritual donde se reúnen a orar y hacer actividades propias al grupo religioso, aclara que no tiene amigos sino conocidos, algunas personas con las que se relaciona esporádicamente, esto es, debido a los horarios de trabajo y ocupaciones del hogar. Lleva promedio de tiempo de estar soltera hace 2 años Sus relaciones de noviazgo no han tenido estabilidad, cinco personas con una duración de seis meses, tan solo uno con el que duro cinco años de los cuales tan solo seis meses de convivencia., la relación termina por infidelidad por parte de él. Manifiesta que aunque lo afecto fue muy grande, fue una relación tormentosa, lleno de altibajos logrando desencadenar algunos cuadros depresivos.</p>
<p>Salud</p>	<p>La paciente actualmente cumple 11 meses aproximadamente en terapia con la Fisiatra del seguro por presentar diagnóstico de Fibromialgia para confirmar y descartar otros diagnósticos se le ha practicado diferentes exámenes donde lo resultados han sido negativos con excepción de uno en el que se encontró inflamación en todas las articulaciones. La médica dice “ya no sé qué hacer contigo” ya que se le han brindado múltiples tratamientos, otros diagnósticos obtenidos en el transcurso de la adolescencia hasta el momento son: Colon irritable,</p>

	<p>Gastritis, Dermatitis Seborreica. Actualmente se encuentra siendo tratada con analgésicos.</p> <p>Recibe el diagnóstico de Trastorno Depresivo Ansioso en manejo de Amitriptilina de 75 mg por el psiquiatra. Por psicológica se le diagnóstico, trastorno depresivo, duelo no resultado. Trastorno de ansiedad recibiendo psicoterapia obteniendo resultados momentáneos.</p>
Recreacional	<p>Pocas cosas le agradan. Una que le llama la atención es aprender a nadar. Actividad deportiva que actualmente está iniciando a realizar. Escucha música suave y ocasionalmente comparte algunas actividades no planeadas con su hermana mayor sin lograr una mayor satisfacción. Aunque no es no lo hace con frecuencia y tiene dificultades para disfrutar completamente, cuando no practica nadar siente que le hace falta. Y reconoce que el viajar a conocer sitios nuevos le asienta muy bien.</p>
Recursos Extrínsecos	<p>Le agrada compartir con el grupo de amigos de la comunidad religiosa a la que asiste donde se le asignan responsabilidades y las cumple sin tener malestar.</p> <p>Compartir con su amiga por medios de comunicación quien se encuentra en el exterior.</p>

8. Análisis funcional relacionado con la “Exposición a situación determinada (cocinar, salir)”

Antecedentes Lejanos y Próximos	<p>Lejanos: separación de sus padres.</p> <p>Alta exigencia y normativa por parte de su madre.</p>
--	--

	<p>Haber estudiado una carrera de poco interés para ella.</p> <p>Las rupturas con sus parejas principalmente con Juan Carlos la persona con la que duro cinco años y finalmente terminaron por infidelidad de parte de él.</p> <p>Primera entrevista de Trabajo No pasó por ser callada y tímida.</p> <p>Que todos sus hermanos formalizaran su hogar.</p> <p>La ausencia total del padre en su vida.</p> <p>Próximos: inestabilidad económica.</p> <p>Tener que volver a vivir con su madre.</p> <p>Malas relaciones con su compañera de trabajo.</p> <p>No contar con su propio espacio de intimidad.</p>
<p>Sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivos y conductual)</p>	<p>Fisiológicos: aumento del pulso cardiaco, respiración agitada, sudoración, temblor, inquietud. Dolor muscular, Fibromialgia, Gastritis. Dermatitis seborreica, colon irritable, sensación de ahogo, Dolor de cabeza y articulaciones.</p> <p>Cognitivos: Presenta distorsiones cognitivas como: sobre sobre generalización, etiquetas globales, leer el pensamiento, personalización. Filtraje o selección selectiva. Presenta esquema mal adaptivo temprano: Negatividad – pesimismo</p>

	<p>Conductual: la mayor parte está discutiendo con su madre, compañera de trabajo y algunas personas cercanas. Cumple a cabalidad sus funciones pese a que este altamente desmotivada. Llorar la mayor parte del tiempo por su desesperanza. Con mecanismos de sobrecompensación tales como: agresión hostilidad. Pasivo – agresivo.</p> <p>Acude frecuentemente al médico por dolor intenso en diferentes áreas o consulta por otras patologías.</p>
<p>Consecuencias (hipótesis moleculares)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha tenido una serie de diagnósticos tratando los síntomas y no la causa en psicoterapia. 2. El hecho de conocer sobre fármacos le permite tener mayores prejuicios frente al consumo del mismo fármaco para estabilizar las emociones, eso hace que abandone más rápido los tratamientos. 3. El no control por parte de psiquiatría ha permitido que los síntomas se agudicen por periodos. 4. No cuenta con una red de apoyo. Como tampoco su núcleo familiar nunca le ha proporcionado canales adecuados de comunicación, relaciones afectivas estables. Vínculos psicoactivos estrechos. 5. Le cuesta dificultad tener habilidades sociales y por ende expresar sus emociones y sentimientos.
<p>Conclusión (hipótesis Molecular)</p>	<p>La paciente en su infancia debido las circunstancias particular se crio en ambientes familiar con altas demandas, severos, en algunos casos punitivos y donde se busca evitar errores, la perfección y el cumplimiento</p>

	<p>de reglas y deberes, por encima de cualquier tipo de dispersión o expresión de emociones, logra desarrollar síntomas depresivos de manera significativa sin ninguna intervención favorable lo que ocasiona luego de ocho años de la aparición de los síntomas desarrollar Trastorno Distímico. De inicio temprano con síntomas melancólicos. Mantenido por la rumiación de esquemas mal adaptativo y distorsiones cognitivas generadas precisamente en la adolescencia – vida adulta. Ante lo cual utiliza la sobrecompensación como: agresión hostilidad y pasivo- agresivo.</p>
--	--

9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

Predisposición	Ninguna referida u observada.
Adquisición	Su ambientes familiar teniendo en cuenta las características como: demandantes, severos, en algunos casos punitivos y donde se busca evitar errores, la perfección y el cumplimiento de reglas y deberes, por encima de cualquier tipo de dispersión o expresión de emociones. La ausencia total de su padre ocasiona fracturas emocionales.
Mantenimiento	El diagnosticado errado por otros profesionales frente a la presencia de los síntomas. La ausencia de tratamiento continuo psiquiátrico. La ausencia de técnicas terapéuticas en función de su diagnóstico, la poca claridad de su patología, y

	sobre todo las conductas utilizadas como sobrecompensación. (Confrontación, pasivo – agresivo) y finalmente la pocas habilidades sociales para expresar las emociones y sentimientos.
Desencadenantes	Episodios agresivos de violencia verbal y psicológica con su madre. Cansancio físico y mental ante los constantes conflictos. Desmotivación elevada frente a su empleo. La ruptura con sus parejas principalmente con Juan Carlos con quien duro cinco años siendo una relación altamente conflictiva y se culmina ante la infidelidad por parte de él.
Protección	Solamente el cumplir la norma y funciones laboral para no perder su empleo. No se adhiere a los tratamientos psiquiátricos por los efectos secundarios. Vivir con su madre por obligación moral y lastima.

10. Procesos (biológico, aprendizaje, motivación, emoción y afecto)

Biológicos	<p>Diagnosticada por psiquiatría en dos ocasiones por tener Depresión ansiosa recurrente, la primera de ellas bajo tratamiento de fluoxetina suspendido por la misma paciente segundo tratamiento con amitritiplina igualmente la paciente lo suspende por los efectos secundarios. Este último medicamento la paciente en una ocasión lo ingirió de manera masiva como intento de suicidio sin tener mayores consecuencias, es decir no fueron suficientes para producir una intoxicación</p> <p>Reporta haber sido diagnostica en un lapso de ocho años con: gastritis, colon irritable, Fibromialgia tratados en su</p>
-------------------	--

	momento actualmente asiste algunas terapias y consume analgésicos solamente.
Aprendizaje	
Motivación	<p>La mayor parte del tiempo piensa y se siente desmotivada por todo lo que realiza. No existe una red de apoyo estable ni en amigos como tampoco en familiares de acuerdo a lo narrado por la paciente debido a dos cosas. La primera de ellas es las barreras y la presencia de los mismos síntomas que presenta y segundo lugar por mismas características personales de los miembros de la familia que no contribuyen a que existe buena comunicación, ni cohesión, ni vínculos afectivos. A nivel laboral su compañera de trabajo con la que permanece la mayor parte del tiempo la considera completamente diferente a su forma de ser lo cual le permite entrar en conflicto y sentir fastidio. En ningún lugar o persona en la actualidad le genera alguna motivación, excepto el poder asistir a las sesiones. Algunas ocasiones se sienten a gusto compartir con personas que pertenecen a la misma comunidad religiosa a la que asiste. Dialoga con su mejor amiga colombiana que reside en Guatemala por skipe ocasionalmente es ella quien conoce toda sus problemas y síntomas.</p>
Emoción	<p>Ira: la mayor parte del tiempo tiene presente el sentimiento hacia su madre. Y no recibir el apoyo, no sentir nunca el cariño y el amor de manera natural.</p> <p>Tristeza: por no poder ser feliz. Por no saber lo que quiere en la vida.</p> <p>Indignación: por tener que cumplir todas las normas y reglas que para ella son absurdas.</p>

	Miedo: por la posibilidad de perder el empleo y tener que depender de su madre y seguir recibiendo reproches.
Afecto	Siente afecto por sus sobrinos pero poco contacto genera con ellos precisamente porque se encuentran metidos en situaciones complicadas con consumo de sustancias y uno de ellos dejó embarazada a otra niña. Por su amiga de Guatemala quien la considera incondicional.

11. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV

Evaluación Multiaxial	<p>Eje I: F.310 Trastorno Mixto (ansiedad – depresión)</p> <p>Eje II: Personalidad Pasivo – Agresivo.</p> <p>Eje III: Fibromialgia. Gastritis, colon irritable, dermatitis seborreica.</p> <p>Eje IV: Problemas asociados con el núcleo primario específicamente con su madre, problemas Poca satisfacción con sus condiciones y funciones laborales, cambio de vivienda.</p> <p>Eje V: EEAG 65</p>
Impresión Diagnóstica	La paciente presenta alta distorsión cognitiva en relación a ideas, pensamientos y esquemas que conllevan a sentir un malestar mental y físico que en conclusión la lleva a buscar mecanismos de compensación o en su defecto actuar de una manera equivocada.
Hipótesis desde el DSM VI TR	<u>Crterios para el diagnóstico</u>

Criterios de investigación para el trastorno mixto ansioso-depresivo.

A. Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes.

B. El estado de ánimo disfórico se acompaña al menos durante 1 mes de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco

(2) trastornos del sueño (dificultades para iniciar o mantener el sueño, o sensación de insatisfacción al despertarse o de no haber descansado bien)

(3) fatiga o falta de energía

(4) irritabilidad

(5) preocupaciones (6) llanto fácil

(7) hipervigilancia

(8) anticipación del peligro

(9) desesperanza (permanente pesimismo ante el futuro)

(10) baja autoestima o sentimientos de inutilidad

C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia

(p. ej., droga, medicamento) o de una enfermedad

	<p>médica.</p> <p>E. Se cumplen las tres condiciones siguientes:</p> <p>(1) nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada</p> <p>(2) en el momento actual no se cumplen los criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (aunque se encuentren en remisión parcial)</p> <p>(3) los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental</p>
--	--

Anexo No 13 PLAN DE INTERVENCION:

PLAN DE INTERVENCIÓN				
Conducta/Problema	Objetivos de intervención	Actividades	Técnicas	Indicadores
Excesiva preocupación por los aspectos y resultados de diferentes situaciones de la vida diaria	Disminuir la excesiva preocupación de la paciente por los aspectos económicos y resultados de diferentes situaciones que vive	Identificar los pensamientos automáticos de la paciente	Autoinforme. Juego de roles. Sondeo Cognitivo	"mi vida es completo desorden, la mayor parte del tiempo estoy preocupada, mis pensamientos estan en funcion del presente, pasado y fufuto". "He venido organizando tanto lo fisico como lo emocional de tal manera que empleo mi tiempo de una mejor manera, la distribución de mis pensamientos estan enfocados en aspectos relevantes lo cual hace que me sienta de una mejor manera"
		Verificar la validez de los pensamientos automáticos relacionadas con lo económico y situaciones de la vida diaria	Contrastación empírica (pensamientos alternos, confrontación)	
Relación conflictiva con su madre	Establecer parámetros de convivencia para mediar el conflicto y resignificar su historia de vida	Resignificación de historia de vida.	Tecnica de aceptación y compromiso	Existen muchos recuerdos de mi pasado que estan dentro de mi memoria y es muy dificil avanzar, esos recuerdos son muy duros para mi y es lo que en muchas ocasiones me pone muy triste y me impide avanzar".
		Psicoeducación	psicoeducacion en tematica especifica conductas esperadas en la tercera edad	"No tengo conocimiento sobre lo que me pasa, como debo actuar o manejar los sintomas". " Mediante la psicoeducacion me despejaron todas mis
Expresión inadecuada de sentimientos y emociones	La paciente logre tener habilidades sociales para la expresión de sentimientos y emociones de manera asertiva	Entrenar al paciente en habilidades sociales con las que no cuenta.	Entrenamiento en expresion asertiva de emociones y sentimientos.	"Me cuenta mucha dificultad expresar mis emociones y sentimientos, siempre los reprimo por el temor a la reaccion de los demas o por quedar en ridiculo, cuento con muy pocos amigos y las relaciones con mi familia es deficiente precisamente por que no se como interactuar de
			problemas	encuentro la forma de solucionar mis problemas de la vida tengo muy poco conocimiento de lo que me pasa en
La presencia de síntomas físicos y mentales	estabilizar los síntomas físicos que imposibilitan y permitir estabilizar al paciente para hacer terapia psicológica	Entrenar la paciente en técnicas de respiración y relajación	Técnicas en respiración, visualización y tensión y distensión (diagramatica y progresiva)	realidad, y en realidad poco o nada he hecho para solucionarlo, siempre vivo en una constante rutina lo cual acrecienta las dificultades en mi vida". "Luego de un proceso detallado de Explicación, responder dudas e inquietudes me queda mas claro sobre lo que acontece con mi vida y las formas y estrategias que tengo para afrontarlo. de gran utilidad las diferentes tecnicas para el manejo de ansiedad permiten que este mas relajada y los dolores en el cuerpo han disminuido así mismo como
		Psicoeducación	Psicoeducación y establecimientos de acuerdos para la adherencia al tratamiento farmacologico.	el paciente ahora me siento muy mejor físicamente y
		Remisión a psiquiatría para valoración y tratamiento farmacologico si el lo considera	Remisión a psiquitria	mentalmente, agotada y me da temor asistir al psiquiatra". La paciente reporta el doctor me parece excelente escucho toda mi situacion y los medicamentos que me ha indicado
Rumiasión	Identificar e intervenir las creencias irracionales, esquemas maladaptativos que soportan la Rumiasión y dan origen a los síntomas	Entrenar al paciente en la identificacion y confrontación de pensamientos disfuncionales por funcionales	Tecnica de ABC	En el dia puedo pensar un millon de cosas sobre cosas que no merecen ni la importancia, al punto que al culminar el dia termino agotada mentalmente, pienso sobre lo ya pensado". ."Mediante el autoregistro del ABC ha sido de gran utilidad por que selecciono los pensamientos y en algunos les encuentro la funcionalid y racionalidad y en otros simplemente los dejo pasar, no te dire que lo hago al cien por ciento pero en definitiva termino mucho menos agotada mentalmente al final del dia".