

**Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un
caso de estrés agudo**

María Alejandra Ariza Rojas



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización Psicología Clínica

Bucaramanga

2019

**Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de
estrés agudo**

María Alejandra Ariza Rojas

Proyecto de Grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Director:

Jairo Ávila Lázaro

Especialista en Psicología Médica

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización Psicología Clínica

Bucaramanga

2019

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitir el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, igualmente por darme sabiduría, paciencia para realizar dicho trabajo con esfuerzo y dedicación.

A mis padres por su cariño y por estar conmigo en cada paso que doy, por la motivación constante y por transmitirme los mejores valores de la vida, que me han permitido ser una persona de bien.

Agradecimiento

Agradezco a mis padres por ser mi guía, mi motivación y por acompañarme en el transcurso de mi vida.

A Dios por brindarme paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

Por último, mi profundo agradecimiento al centro de proyección social de Piedecuesta por el excelente servicio que brindan en la entidad, por la confianza que le brindan al estudiante y por permitir realizar mi ejercicio como profesional de Psicología y ayudar a cada persona con mi conocimiento.

Contenido

	Pág.
Introducción	14
1. Marco Teórico.....	15
1.1 Trastorno de estrés agudo.....	15
1.1.1 Definición:	15
2. Objetivos.....	19
2.1 Objetivo General.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3. Método.....	20
3.1 Participantes.....	20
3.2 Requisito ético.....	20
3.2.1 Consentimiento informado.....	20
3.3 Instrumento de exploración.....	21
3.3.1 Historia clínica.....	21
3.3.2 Observación.....	21
3.3.3 Análisis funcional.....	21
3.4 Instrumento de evaluación.....	21
3.4.1 Aplicación del inventario de Ansiedad Estado-Rasgo IDARE.....	22
3.4.2 Aplicación de Prueba de Personalidad Millón (MCMI-II)	22

3.4.3 Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	23
4. Procedimiento.....	24
4.1 Fase de exploración.....	25
4.2 Fase de evaluación y diagnóstico.....	25
4.3 Plan de tratamiento.....	25
4.4 Evaluación post de las pruebas aplicadas y cierre.....	27
4.5 Motivo de consulta.....	31
4.5.1 Descripción del motivo de consulta.....	31
4.5.2 Problemas.....	31
4.5.3 Análisis Funcional	32
4.5.4 Respuesta.....	33
4.5.5 Variables.....	34
4.5.6 Descripción del problema.....	34
4.5.7 Hipótesis de origen.....	34
4.5.8 Hipótesis de mantenimiento.....	35
4.5.9 Hipótesis diagnóstica.....	35
4.5.10 Diagnóstico.....	35
4.5.11 Diagnóstico diferencial.....	35
4.5.12 Objetivos terapéuticos.....	35
4.5.13 Técnicas cognitivo-conductuales.....	35

4.6 Fase de intervención.....	36
4.6.1 Plan de tratamiento.....	36
5. Resultados.....	44
5.1 Sesión 1.....	44
5.2 Sesión 2 y 3.....	46
5.3 Sesión 4.....	50
5.4 Sesión 5.....	52
5.5 Sesión 6.....	52
5.6 Sesión 7.....	53
5.7 Sesión 8.....	54
5.8 Sesión 9.....	55
5.9 Sesión 10.....	56
5.10 Sesión 11.....	60
5.11 Sesión 12.....	61
5.12 Sesión 13.....	62
6. Conclusiones.....	63
7. Recomendaciones.....	64
Referencias Bibliográficas.....	65
Apéndices.....	68

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1.	
<i>Familiograma</i>	<i>30</i>

Lista de Tablas

	Pág.
<i>Tabla 1. Descripción familiar.....</i>	31
<i>Tabla 2. Plan de tratamiento.....</i>	36
<i>Tabla 3. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE.....</i>	46
<i>Tabla 4. Cuestionario de afrontamiento CSI.....</i>	48
<i>Tabla 5. Ejercicio para identificar situaciones, pensamientos, emociones y conductas.....</i>	54
<i>Tabla 6. Modelo cognitivo-conductual de los paradigmas de aprendizaje cognitivos.....</i>	55

Lista de Apéndices

	Pág.
Apéndice A. Consentimiento informado.....	68
Apéndice B. Formato de historia clínica.....	70
Apéndice C. Instrumento de evaluación, Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE.....	75
Apéndice D. Inventario clínico multiaxial de Millón (MCMI-II)	77
Apéndice E. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	83
Apéndice F. Informe de resultado pre-inventario de ansiedad.....	86
Apéndice G. Inventario Clínico Multiaxial de Millón.....	91
Apéndice H. Inventario de estrategias de afrontamiento CSI.....	97
Apéndice I. Formato de remisión.....	101
Apéndice J. Formula medica psiquiátrica.....	102
Apéndice K. Autorregistro de conducta.....	103
Apéndice L. Registro de relajación.....	104
Apéndice M. Modelo ABC Albert Ellis.....	105
Apéndice N. Ejercicios para identificar situaciones, pensamiento, emoción y conductas.....	106
Apéndice O. Modelo cognitivo-conductual de los paradigmas de aprendizaje cognitivos de Bas, F., 1997.....	107
Apéndice P. Hoja de debate de pensamientos (Basado en la Reestructuración Cognitivo-Conductual-Sistemática de Bas y Andrés, 1986.)	108

Apéndice Q. D’Zurilla y Goldfried (1971) establecieron cinco fases para el entrenamiento específico de solución de problemas.....	112
Apéndice R. Post- aplicación prueba IDARE.....	114
Apéndice S. Post- aplicación prueba Millón II- Hoja de respuestas.....	116
Apéndice T. A continuación, se muestra los resultados del post-inventario de Personalidad Millón II.....	117

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de estrés agudo

AUTOR(ES): MARIA ALEJANDRA ARIZA ROJAS

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): JAIRO AVILA LAZARO

RESUMEN

En el presente estudio de caso único se presenta la comprensión y formulación de un plan de evaluación e intervención para el diagnóstico de Trastorno de estrés agudo, el cual se realizó en el centro de proyección de Piedecuesta, con una paciente de 45 años en 13 sesiones, basado en las técnicas cognitivo-conductuales de reestructuración cognitiva, técnicas de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, entrenamiento en solución de problemas, habilidades de asertividad y la terapia racional emotiva (TRE) de Albert Ellis. Para la evaluación del caso se realizó un análisis pre y post tratamiento, aplicando el inventario de ansiedad Estado-Rasgo (IDARE), inventario clínico Multiaxial de Millón II, inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), así como una evaluación clínica mediante entrevistas y análisis funcional de la conducta. Los resultados indican que la paciente disminuyó la frecuencia e intensidad de la sintomatología ocasionada por el evento estresante, remitió los síntomas físicos e implementó patrones de respuestas más asertivas y de solución de problemas; igualmente, con la ayuda de la medicación, los síntomas disminuyeron. Se concluye que el plan de intervención propuesto fue efectivo para el tratamiento del caso de estrés agudo.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno estrés agudo, técnicas cognitivo-conductuales, terapia racional emotiva, evaluación

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLGICAL INTERVENTION FROM THE CONDUCTUAL COGNITIVE MODEL IN A CASE OF ACUTE STRESS

AUTHOR(S): MARIA ALEJANDRA ARIZA ROJAS

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: JAIRO AVILA LAZARO

ABSTRACT

The present case study presents the understanding and formulation of an evaluation and intervention plan for a diagnosis of Acute Stress Disorder, which was carried out in the projection center of Piedecuesta with a 45-year-old patient, performed in 13 sessions, based on cognitive-behavioral techniques of cognitive restructuring, diaphragmatic breathing techniques, progressive muscle relaxation and problem-solving training, assertiveness skills and Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) by Albert Elliss. For the evaluation of the case, a pre- and post-treatment analysis was carried out, applying the State-Trait IDARE anxiety inventory, the Million II Multiaxial clinical inventory and the CSI Coping Strategies Inventory, as well as a clinical evaluation through interviews and functional analysis of the conduct. The results indicate that the patient decreased the frequency and intensity of the symptoms caused by the stressful event, remitted the physical symptoms and implemented more assertive and problem-solving response patterns, and with the help of the medication, the symptoms decreased, concluding that the proposed intervention plan was effective for the treatment of the case of acute stress

KEYWORDS:

Acute stress disorder, cognitive-behavioral, therapy rational emotive evaluation, treatment

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El estudio de caso único se centra en una paciente de 45 años quien llega a consulta presentando sintomatología ansiosa exacerbada, la cual se manifestó dos semanas atrás luego de haber presenciado el intento de suicidio de su sobrina mientras ella estaba bajo su cuidado. Por tanto, considerando el tiempo de la sintomatología y los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) se puede decir que la paciente presenta trastorno de estrés agudo.

Para una mejor comprensión de la relación anteriormente mencionada, el estrés agudo, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) es una reacción que empieza entre tres días y un mes después del evento traumático y puede durar algunos días hasta cuatro semanas; “las personas pueden presentar nueve o más síntomas de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso traumático” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 231).

En la primera parte del estudio se presenta la conceptualización del trastorno estrés agudo, su respectiva definición, características asociadas que apoyan el diagnóstico, sintomatología, prevalencia del trastorno y el tratamiento utilizando diferentes técnicas cognitivas y conductuales. En la segunda parte se muestran los objetivos, método, participantes, instrumento de exploración, instrumentos de evaluación, pruebas, procedimiento, análisis funcional y plan de tratamiento. Por último, se explican los resultados de cada sesión, conclusión, recomendaciones, la lista de referencias bibliográficas y apéndices de las pruebas aplicadas, consentimiento información e historia clínica.

1. Marco Teórico

1.1 Trastorno de estrés agudo

1.1.1 Definición:

Este trastorno se caracteriza por recuerdos intrusivos frente a un hecho traumático durante un corto periodo de tiempo, los síntomas ansiosos o disociativos suelen alterarse durante las 4 semanas posteriores al evento estresante y dura entre 3 días o aparece en el primer mes.

Es por ello, que las personas que presentan este trastorno, han estado expuestas directa o indirectamente a eventos traumático o que generan un alto nivel de estrés.

A sí mismo, la aparición de los síntomas del trastorno de estrés agudo según el DSM V son: Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, sueños angustiosos recurrentes, escenas retrospectivas en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático, malestar psicológico, reacciones fisiológicas, estado de ánimo negativo, incapacidad persistente de experimentar emociones positivas por ejemplo felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos. Pensamientos o sentimientos angustiosos, alteración del sueño, comportamiento, problemas de concentración (American Psychiatric Association, 2013, p. 122).

Según lo anterior, para que se realice un diagnóstico de trastorno de estrés agudo, los síntomas deben estar presentes durante tres días como mínimo y un mes como máximo, y deben aparecer dentro de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.

De igual manera, este tipo de estrés se presenta en un corto plazo y se puede tratar con facilidad ya que es una situación momentánea, la persona lo asume como una agresión intensiva (aún violenta), ya sea física o emocional, limitada en el tiempo, pero que supera el acceso del

sujeto dando lugar a una respuesta intensa, rápida y probablemente violenta (Beverly, 1991). Continuando con la idea del autor, se puede decir, que este tipo de estrés se puede presentar cuando una persona ha presenciado o vivido un evento estresante.

En este estudio de caso único, para el tratamiento se utilizaron diferentes técnicas cognitivo-conductuales como respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, el modelo ABC de Albert Ellis, reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas y asertividad.

Para ilustrar mejor, según Chóliz (1998) la respiración diafragmática, también llamada respiración profunda, consiste en llevar el aire a la parte inferior de tus pulmones, utilizando los músculos del diafragma. “Esta técnica de respiración permite un flujo completo de oxígeno a nuestro cuerpo, permitiendo que funcione correctamente” (Chóliz, 1998, p. 10).

Por otra parte, una de las adaptaciones del procedimiento original más utilizadas en el ámbito de la Terapia Cognitivo Conductual es la de Bernstein y Borkovec (1983):

consiste en practicar con 16 grupos musculares, teniendo una duración en torno a 30-40 minutos en las primeras semanas. Posteriormente, se reduce tanto la duración como el número de ejercicios, pasando a realizar ejercicios con cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) o en uno sólo que implique a todo el cuerpo (Bernstein y Borkovec (1983, p. 12).

Continuando con la idea del autor, puedo concluir que el objetivo del entrenamiento en Relajación Progresiva es reducir los niveles de tensión que hay en el cuerpo, la cual consiste en tensar y destensar los músculos tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación.

Por otra parte, se debe agregar las técnicas de reestructuración cognitiva dado que estas técnicas están centradas en la identificación y cambios de los pensamientos que están determinando o manteniendo el problema. “Los modelos de reestructuración cognitiva enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, p. 11).

Además, es útil mencionar dentro del tratamiento psicológico cognitivo conductual la terapia de Solución de Problemas de D’Zurilla y Golfried (1971) “ya que están dirigidas a corregir el modo en que la persona aborda los problemas, facilitándole un método sistemático para resolver este tipo de situaciones” (p. 12).

Con lo anterior, puedo decir que la terapia de solución de problemas ayuda a reconocer cuáles son esas habilidades que tienen las personas y como llegar a afrontarlas frente a diferentes situaciones estresantes o experiencias de su vida cotidiana.

Por último, la terapia racional emotiva (TREC), se define como “un sistema de terapia que ayuda a las personas a vivir mejor, a través del cual puede minimizar sus problemas emocionales y sus conductas desadaptadas, lo que le permite autor realizarse para tener una vida más plena y feliz” (Ellis & Bernard, 1990, p. 121).

De otro lado, en la edición del DSM-V se señala una prevalencia del Trastorno de estrés agudo (TEA) en las poblaciones recientemente expuestas a un trauma durante el primer mes, esto varía según la naturaleza del evento y el contexto en el que se evalúa (American Psychiatric Association, 2014).

El Trastorno de estrés agudo es más frecuente en mujeres que en hombres. Sin embargo, en una revisión al DSM-5, las cifras son más altas (20-50%) tras eventos traumáticos

interpersonales, incluyendo asaltos, violación, y ser testigo de un tiroteo masivo. Sin embargo, el TEA es más frecuente en mujeres que en hombres

Así mismo, la relación entre estos trastornos de estrés agudo y trastorno de estrés post-traumático (TEPT) concluye que entre el 30% y el 83% de las personas que fueron diagnosticadas de TEA posteriormente desarrollaron un TEPT (American Psychiatric Association, 2014).

Por último, es importante saber que “ante determinado tipo de estrés agudo, o cuando las medidas no farmacológicas son insuficientes, el médico puede recurrir a la prescripción farmacológica” (Macaya y López, 2009, p.589). Dentro de estos fármacos destacan principalmente los betabloqueantes, los antidepresivos, los ansiolíticos y los hipnóticos (Arнау y Rodríguez, 2006).

Sin embargo, existen otros tratamientos no farmacológicos, de carácter psicológico y conductual que proporcionan calidad de vida ya que ésta implica bajos niveles de estrés.

Es por ello que se trabajó desde el enfoque cognitivo conductual, ya que favorece la intervención para disminuir y modificar conductas y pensamientos desde las creencias irracionales ocasionadas por un evento estresante o traumático.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Aplicar un modelo de intervención cognitivo conductual para el tratamiento de un trastorno de estrés agudo

2.2 Objetivos específicos

- Evaluar la sintomatología del trastorno a partir de entrevista clínica y pruebas psicológicas
- Reconocer ideas irracionales asociadas al trastorno de estrés agudo
- Brindar herramientas para el manejo de afrontamiento de las diferentes situaciones de riesgo que se pueda presentar en su vida.

3. Método

3.1 Participantes

Consultante de 45 años de sexo femenino, con escolaridad primaria, se encuentra viviendo en unión libre hace 25 años y no tiene hijos, convive actualmente junto a su esposo y suegra, acude al centro de proyección social de Piedecuesta de manera voluntaria buscando ayuda psicológica y manifestando en la consulta: *“Hace dos semanas encontré a mi sobrina en el baño estaba desmayada, se había cortado los brazos, fue traumático para mí, me ocasiono a los días angustia, intranquilidad, pensamientos recurrentes de lo que paso, insomnio, pérdida de apetito, presión en el pecho e irritabilidad”* además, durante la consulta se logró observar otros síntomas como problemas de concentración, reacciones fisiológicas como bostezo excesivo, sudoración, miedos, ansiedad, nerviosismo, sobresaltos, estado de ánimo negativo, y reacciones disociativas. La consultante no ha sido diagnosticada, pero se realizó remisión a psiquiatría en donde fue medicada con Fluoxetina y Clonazepam, dado que después del evento estresante que presenció con la sobrina se automedicaba con Neurexan gotas debido a dificultades para dormir, presión en el pecho, intranquilidad, angustia, miedos, ansiedad, nerviosismo y sobresaltos; el medicamento que había usado intermitentemente fue reemplazado por los medicamentos recetados por el psiquiatra (Ver apéndice J).

3.2 Requisito ético

3.2.1 Consentimiento informado

Documento establecido como parámetro para dar a conocer al usuario aspectos relacionados con la confidencialidad del proceso que se desarrollara en el centro de proyección social de Piedecuesta (Ver apéndice A).

3.3 Instrumentos de exploración

3.3.1 Historia clínica

Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud donde se registran datos del paciente, considerado en la legislación colombiana con resolución 1995 de 2009, como documento privado. En el centro de proyección social de Piedecuesta se registra la información proporcionada por el paciente en tres tipos de historia clínica una para niños, familias o pareja, esto según sea el caso para atender (Ver apéndice B).

3.3.2 Observación

Es de vital importancia la observación en la intervención psicológica desde el inicio y el final del tratamiento, así mismo observar el discurso del paciente su apariencia física, vestuario, higiene, dinámica familiar, social y percepción del tratamiento.

3.3.3 Análisis funcional

Es un modelo de formulación de caso que permite conocer toda la información del paciente y sus relaciones funcionales que caracterizan la conducta del individuo, igualmente facilita conocer que ocurre, cual es la conducta problema, que piensa, dice, siente, hace o cómo reacciona la persona frente a determinado problema.

Este instrumento, se implementó iniciando el proceso de intervención para lograr un diagnóstico responsable hasta el final del proceso de la terapia.

3.4 Instrumentos de evaluación

3.4.1 Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE

El inventario de Ansiedad Estado-Rasgo es un instrumento creado con el objetivo de evaluar la ansiedad en dos dimensiones, estado y rasgo. Su primera versión fue desarrollada entre los años 1964 y 1970 a cargo de Spielberger, Gorsuch y Lushene, en California, Estados Unidos. El

objetivo es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente), las características de la escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en la que se pide a la consultante describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado, también consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que la consultante indique cómo se sienten en ese momento ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja. La ansiedad- estado (A- Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetiva conscientemente percibida y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad- Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A- Estado. (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970, p. 122) (Ver apéndice C).

3.4.2 Aplicación de Prueba de Personalidad Millón (MCMI-II)

Es importante recalcar, que se decide evaluar las características de la personalidad de la paciente, debido a sus reiterativas manifestaciones y sus antecedentes, dado que la consultante se consideraba una persona introvertida, sumisa, poco sociable, insegura y con baja autoestima desde mucho antes del evento traumático. Es por ello, que se aplica la prueba de personalidad con el fin de establecer esas características de base y aquellas que pudiesen estar asociadas o se hubieran desencadenado a partir del evento traumático.

De manera que, la prueba de Personalidad de Millón II, es un cuestionario que pretende evaluar la personalidad, la presencia de trastornos de personalidad y las dificultades emocionales

o interpersonales de los sujetos, de igual modo, que se aporte al proceso de toma de decisiones en el curso terapéutico.

El inventario está constituido por 175 ítems con un formato de respuesta dicotómico de verdadero o falso, que evalúan 26 escalas, 4 de fiabilidad y validez que abarcan validez (V), sinceridad (X), deseabilidad (Y) y alteración (Z), 0 escalas básicas de la personalidad que comprenden esquizoide (1) fobia evitativa (2) dependiente (3) histriónica (4) Narcisista (5) antisocial (6A) Agresivo/sádico (6B) Compulsiva regia (7) pasivo/agresiva (negativista) (8A) y autodestructiva /masoquista (8B), 3 Escalas de personalidad patológica que incluye esquizotípica (S) límite (C) y paranoide (P), 6 Escalas de síndrome clínico de gravedad moderada que abarca ansiedad (A) Histeriforme/somatoforme (H) Hipomanía (N) Neurosis, depresiva distimia (D) Abuso de alcohol (B) y abuso de drogas (T) y 3 escalas de síndrome de gravedad severa que incluye pensamiento psicótico (SS) depresión mayor (CC) y delirios psicóticos (PP). (Millón, 1999, p. 12).

Este inventario está dirigido a la población adulta, mayor de 18 años, con una duración de 25 a 40 minutos. La interpretación del cuestionario permite definir la validez de la prueba e identificar las escalas que presentan una puntuación significativa o la posible presencia de algún tipo de personalidad patológica o de síndrome clínico (Millón, 1999).

“Este inventario ha sido ampliamente utilizado, especialmente en Latinoamérica, en las áreas clínicas y de investigación pues permite obtener resultados válidos y confiables sobre un amplio rasgo de síndromes clínicos, facilitando su diagnóstico y posterior tratamiento” (Said, Sartori, Gillet y López, 2014, p. 21) (Ver apéndice D).

3.4.3 Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Es necesario resaltar, que se decide evaluar las estrategias de afrontamiento para determinar cuáles son las herramientas que tiene la paciente al inicio de la intervención y con ello trabajar en las fortalezas y dificultades de la misma para afrontar la situación estresante.

El inventario de estrategias de afrontamiento evalúa tres aspectos diferentes en el afrontamiento:

La situación estresante más reciente que se haya experimentado, las estrategias de afrontamiento utilizadas para manejar la situación que se ha mencionado y la autoeficacia percibida en el afrontamiento. Para recabar la información sobre la posible situación estresante experimentada por el entrevistado al comienzo del cuestionario figura una pregunta abierta. Para examinar cómo se han enfrentado a la situación estresante el participante tienen que contestar 40 ítems de tipo Likert (desde 0 = nada en absoluto, hasta 4 = completamente) sobre el uso de diferentes de estrategias de afrontamiento. Por último, para explorar la autoeficacia percibida en el afrontamiento del participante, deben contestar un ítem construido para tal fin (“me consideré capaz de afrontar la situación”) (Tobin *et al.* citado por Cano, Rodríguez y García, 2006) (Ver apéndice E).

4. Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 13 sesiones distribuidas en un lapso de 5 meses donde la paciente se comprometió a asistir a las sesiones programadas durante el proceso de tratamiento. De la misma manera, se realizó seguimiento en un mes para verificar sintomatología actual de la paciente.

4.1 Fase de exploración

Esta se desarrolló en la primera sesión del proceso terapéutico, donde se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado por parte de la paciente, dándole a conocer los parámetros relacionados con la confidencialidad, luego se realizó el proceso de diligenciamiento de la historia clínica en donde se logró identificar la sintomatología de la consultante causada por un evento estresante. Se elaboró el familiograma identificando su estructura familiar y permitiendo recoger información de su contexto familiar, social y laboral.

4.2 Fase de evaluación y diagnóstico

Esta se desarrolló en la segunda y tercera sesión del proceso terapéutico, se continuó con la aplicación de los instrumentos psicométricos, como el inventario de ansiedad estado-rasgo que evaluó la sintomatología ansiosa de la paciente.

De igual manera, se utilizó el inventario clínico Multiaxial de Millón II, ya que se evaluaron las características de personalidad de base que pudieron reforzar las desarrolladas a partir del evento traumático. Por último, el inventario de estrategias de afrontamiento que evaluó cómo la paciente afronta situaciones estresantes en su vida.

A partir de la información obtenida en las pruebas, de la evaluación y cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM V, se generó un diagnóstico responsable para la paciente que permitió el diseño de un plan de tratamiento efectivo.

4.3 Plan de tratamiento

En esta fase se realizaron las sesiones de la 4 a la 12 con una duración de 45 minutos cada 15 días, debido a que la practicante se encontraba viviendo y laborando fuera de la ciudad. En el último mes (diciembre) se trabajaron las sesiones cada 8 días con las cuales se pudo dar cumplimiento a los objetivos terapéuticos y al plan de tratamiento.

Al inicio de la intervención se llevó a cabo la devolución de los resultados de la evaluación y con base en ello, se explicó al consultante el diagnóstico referido.

Las primeras sesiones tuvieron el objetivo de informar y orientar a la paciente respecto a su diagnóstico, Trastorno de estrés agudo, de manera que la paciente sea consciente de la sintomatología y de las consecuencias de la misma, así mismo, del tratamiento que debe seguir para disminuirla.

De igual manera, se concertaron con la paciente los objetivos terapéuticos, y se establecieron las metas clínicas del caso, como reconocer ideas irracionales asociadas al trastorno de estrés agudo y brindar herramientas para el manejo de afrontamiento de las diferentes situaciones de riesgo que se pueda presentar en su vida.

Se brindó información sobre el diagnóstico, se trabajó en las sesiones la identificación de pensamientos e ideas irracionales, se identificaron pensamientos automáticos, creencias intermedias e ideas centrales. Así mismo, se explicó a la consultante el modelo ABC poniendo como ejemplo sus propios problemas y así permitir que la paciente adquiriese conocimientos base que le permitieran argumentar y debatir posteriormente en el proceso de reestructuración cognitiva.

Con base en esto, se procedió a la instrucción de habilidades de asertividad, implementando un entrenamiento de solución de problemas, el cual se realizó con el fin de que la paciente pueda hacer distracción de pensamiento frente a situaciones estresantes en su vida y pueda realizar actividades diferentes que le ayuden a disminuir la sintomatología asociada al trastorno.

El plan de intervención se abordó desde el enfoque cognitivo-conductual, donde se trabajó con la consultante técnicas de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, la

terapia racional emotiva TRE de Albert Ellis, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y habilidades de asertividad.

Se pretende que, a partir de este proceso de intervención se generen cambios positivos para la paciente frente a su sintomatología y sus pensamientos irracionales (conducta-cognición).

4.4 Evaluación post de las pruebas aplicadas y cierre.

Se realizó una evaluación post-test que facilitó la evolución de la paciente y al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, se aplicaron los mismos instrumentos diligenciados por la paciente al inicio del proceso terapéutico, con un intervalo de tiempo de 4 meses la cual se aplicó en la sesión 11 con una duración de 45 minutos.

Al cerrar el proceso terapéutico en la sesión 12 se entregó devolución de los resultados de la evaluación post, manifestándole a la paciente los cambios positivos que ha tenido y comparando los resultados de la evaluación inicial.

Es importante recalcar que el diagnóstico de la consultante se obtuvo a partir de la evaluación de la entrevista y el cumplimiento de criterios del DSM 5, a partir de allí se aplicó los instrumentos para dar validez al diagnóstico, y para ver las condiciones de base con las que venía la paciente.

Por ende, se aplicó la prueba del inventario de ansiedad estado- rasgo IDARE, la cual evalúa la ansiedad y la clasifica como estado o como rasgo.

De manera que, la prueba pre-test arroja en ansiedad estado (condición emocional transitoria) una puntuación de 37, mientras que la ansiedad rasgo (propensión nerviosa relativamente estable) se encuentra en un rango alto con una puntuación de 56, siendo significativa la puntuación para ubicarse en un estado de ansiedad rasgo alto, lo que indica que por lo general se

siente y suele estar bajo síntomas de ansiedad y percibir las situaciones como amenazantes, siendo un rasgo característico de su personalidad.

En la prueba post-test, la ansiedad estado tuvo una puntuación de 22 mostrando una disminución comparada con la prueba inicial, así mismo, en la ansiedad de tipo rasgo se observó un cambio positivo en la paciente, su propensión nerviosa y ansiosa se encuentra en un nivel medio con una puntuación de 38, dando a entender que el tratamiento psicológico logró cambios en la paciente y disminución de la sintomatología inicial.

Considerando las puntuaciones pre y post de la ansiedad rasgo, se puede observar que los niveles de ansiedad disminuyeron considerablemente, dando cuenta de una evolución significativa gracias a la intervención psicológica.

En cuanto a la prueba post del inventario de Personalidad Millón (MCMI-II) es importante resaltar que se evaluó las características de la personalidad de la paciente, debido a sus antecedentes y sus manifestaciones de inseguridad, timidez, sumisión y baja autoestima, la cual sirvieron para reforzar y mantener el Trastorno de estrés agudo.

Se concluyó que en la escala de patrones clínicos de la personalidad, presenta una puntuación de 81 en el patrón esquizoide, esto quiere decir que se mantiene el distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional, debido a que la paciente no tiene un círculo social de amigos a causa de su inseguridad, sumisión y baja autoestima, la diferencia con la aplicación pre de la prueba es mínima, ya que obtuvo una puntuación de 83 en el patrón esquizoide, esto quiere decir que todavía se mantiene.

En el patrón compulsivo obtuvo una puntuación de 98 muestra que el nivel de control excesivo por el orden y perfeccionismo ha disminuido, ya que en la prueba pre inicial muestra un indicador 106 alto, esto es debido a su trabajo como cuidadora y acompañante de un adulto

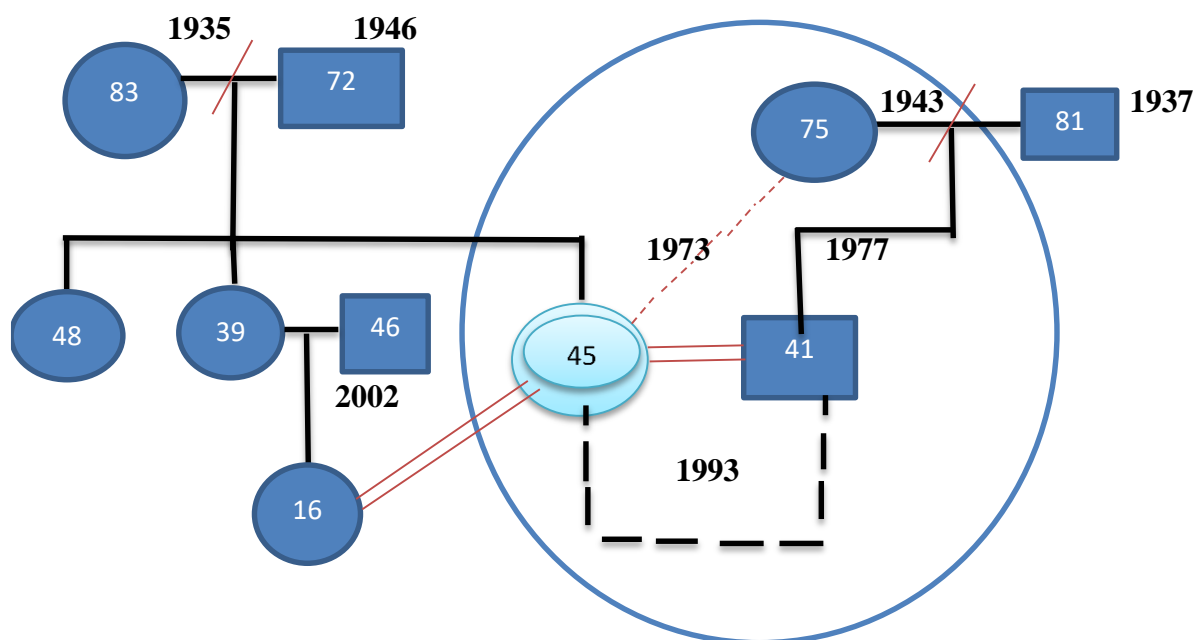
mayor, dado que manifiesta la paciente ser muy cuidadosa con los medicamentos del adulto mayor.

Los siguientes patrones de la personalidad no aparecen en el post de la prueba, patrón fóbico con una puntuación de 82, el patrón hostil con una puntuación de 86 y por último en la escala de síndromes clínicos graves depresión mayor con una puntuación de 89. Esto quiere decir que, sí hubo mejorías en la consultante los cambios significativos se dieron en los patrones que se exacerbaron a partir del evento traumático y que se esperaba estuvieran altos debidos al evento traumático.

Así mismo, la evitación y los sentimientos de inferioridad que tenía la paciente se han modificado, gracias al proceso de reestructuración cognitiva y la aplicación de distracción de pensamiento frente a las situaciones estresantes, igualmente, el patrón hostil que tenía con su pareja disminuyo gracias a la implementación de las técnicas de respiración, relajación y de solución de problemas, ya que se llevó a cabo un proceso de intervención consistente en Psicoeducación, obteniendo resultados positivos en la paciente.

Es importante tener en cuenta las intervenciones psicoeducativas dirigidas a la consultante, ya que ayudó a mejorar la comprensión con respecto al diagnóstico, y así mismo, estimular en la paciente la adherencia al tratamiento farmacológico.

Al finalizar la sesión de cierre, se orientó a la paciente sobre las posibles recaídas y cómo afrontarlas, se resaltaron los logros obtenidos de la paciente como reconocer los pensamientos negativos que le hacían daño, el aprender a relajarse en momentos de estrés y el buscar soluciones alternativas frente a situaciones de la vida cotidiana y aquellos que se deben seguir trabajando, como fortalecer la seguridad en sí misma

Formulación del caso clínico**Nombre:** G. M. B. **Escolaridad:** 5 primaria **Edad:** 45**Fecha de nacimiento:** 16 septiembre 1973 **Religión:** católica**Ciudad:** Piedecuesta **Estado civil:** Unión libre**Ocupación:** Acompañamiento y cuidador de un adulto mayor**Antecedentes psiquiátricos:** no presenta antecedente psiquiátrico*Figura 1. Familiograma*

Familia compuesta sin hijos viven en unión libre hace 25 años, la paciente convive actualmente junto a su esposo y suegra en el municipio de Piedecuesta, la relación con su esposo es cercana, sin embargo, con la suegra es distante ya que tienen poca comunicación en el hogar. La paciente verbaliza que durante la relación sentimental se le ha dificultado tener hijos por problemas de fertilidad, pero manifiesta que esto no le ha ocasionado problemas con su pareja, su relación ha sido más unida y fuerte. Respecto a sus relaciones interpersonales verbaliza

dificultad en establecer comunicación cuando se encuentra en un grupo de personas como los amigos del esposo, reconoce ser una persona tímida, insegura, sentirse inferior e incómoda en situaciones donde tiene que compartir con los demás, esto lo viene presentando desde su adolescencia. En relación a sus estudios tuvo que interrumpirlos ya que desde muy joven empezó a trabajar por problemas económicos en el hogar.

Tabla 1.

Descripción familiar

Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación
G. M. B	Paciente	45	Cuidador de adulto mayor	Primaria	Cercano
J. J.Q	Esposo	41	mensajero	Técnico	Cercano
O.V. Q	Suegra	75	Ama de casa	Sin escolaridad	Distante

4.5 Motivo de consulta

“Hace dos semanas encontré a mi sobrina en el baño, estaba desmayada, se había cortado los brazos, fue traumático para mí, me ocasionó los días angustia, intranquilidad, pensamientos recurrentes de lo que pasó, insomnio, pérdida de apetito, presión en el pecho e irritabilidad”.

4.5.1 Descripción del motivo de consulta

La paciente evidencia sintomatología ansiosa, alteración del sueño, pérdida de apetito, problemas de concentración, llanto fácil, comportamientos irritables y pensamiento negativo, reacciones fisiológicas como bostezo excesivo, sensación de vacío, presión en el pecho, intranquilidad, sudoración, angustia, miedos, nerviosismo y sobresaltos.

4.5.2 Problemas

Sintomatología ansiosa exacerbada debido al evento estresante, deficiencias en estrategias de afrontamiento, baja autoestima, introversión, déficit en habilidades sociales, dificultad en las interacciones con personas.

4.5.3 Análisis Funcional

A continuación, se clasifica la sintomatología de la paciente con los síntomas del trastorno del estrés agudo del DSM 5.

1. Presencia directa a un suceso traumático.
 - La paciente manifiesta que presenció el suceso traumático en la casa, verbaliza: “nos encontrábamos en una reunión familiar cuando mi sobrina se dirigió al baño, vi que se demoraba, cuando fui a buscarla la encontré desmayada y con los brazos cortados”
2. El suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo.
3. Recuerdos angustiosos, intrusivos e involuntarios frente al hecho.
 - La paciente verbaliza: “recuerdo a mi sobrina tirada en el piso, llena de sangre en sus brazos y desmayada fue muy fuerte para mí, traté de ayudarla, pero esta situación a los días me causó malestar físico y psicológico”
4. Síntomas de hiperalerta (alteración del sueño), problemas para iniciar y mantener el sueño, sueños angustiosos (pesadillas), problemas de concentración.
 - Verbaliza: “no me he sentido bien, no he podido dormir, se me dificultad conciliar el sueño y a media noche me despierto, no soy capaz de seguir durmiendo, últimamente se me dificultad concentrarme en mis cosas”
5. Comportamiento irritable.
 - “En estos últimos días he estado irritable cualquier cosa que dice mi esposo me da rabia”

6. Malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas como bostezo excesivo, sensación de vacío, presión en el pecho, intranquilidad, sudoración, angustia, miedos, ansiedad nerviosismo y sobresaltos.

- “Últimamente he estado con un bostezo excesivo, sensación de vacío en el estómago, presión en el pecho e intranquila, me sudan las manos y he tenido muchos nervios”
- La paciente manifiesta temor a que la situación de inestabilidad nerviosa persista y no pueda volver ser la misma persona.

7. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) el consultante siente como si se repitiera el suceso traumático a la misma hora.

- La consultante manifiesta: “Siento como si se repitiera lo que hizo mi sobrina a la misma hora 3:30 pm de la tarde, estoy sentada o haciendo algo y me da esa sensación”

8. Pensamientos negativos.

- “Yo me monto unas películas que se va a morir mi sobrina, me afecta mucho lo que está pasando con ella”
- “A veces pienso que mi sobrina se va a volver a hacer daño, o por sus problemas con el papá empiece a consumir drogas”

9. Pérdida de apetito.

- “Últimamente estoy comiendo poco”

10. Anhedonia, incapaces de experimentar placer y disfrutar actividades.

- “últimamente no me dan ganas de salir con mi esposo siento que no disfruto como antes”

4.5.4 Respuesta

Alteración del sueño, sueños angustiosos bostezo excesivo, intranquilidad, sudoración, angustia, miedo, pérdida de apetito, anhedonia, llanto fácil, problemas de concentración, comportamientos irritables (agresión verbal con la pareja), anhedonia.

4.5.5 Variables

Evento traumático, pensamiento negativo (frente al hecho traumático), pocas estrategias de afrontamiento, baja autoestima.

4.5.6 Descripción del problema

La consultante refiere que hace dos semanas llegó la sobrina del Municipio de San Andrés Santander a pasar vacaciones y compartir con ella ya que la relación entre las dos es cercana, sin embargo, en una reunión familiar la sobrina intenta hacerse daño cortándose los brazos, debido a una discusión con el padre el día anterior.

La paciente manifestó que al encontrar a la joven en el baño desmayada y con los brazos cortados, trató de ayudarla, pero esto le generó en los días siguientes malestar físico y psicológico, desde entonces suele estar preocupada, sin poder dormir, con problemas para iniciar y mantener el sueño, sueños angustiosos (pesadillas), recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios frente al hecho, problemas de concentración y escenas retrospectivas; la consultante verbaliza que siente como si se repitiera el suceso traumático a la misma hora 3:30 pm de la tarde.

4.5.7 Hipótesis de origen

Trastorno de estrés agudo originado por un evento traumático en donde la paciente encontró a su sobrina con lesiones en su cuerpo y desmayada generando sintomatología ansiosa, alteración del sueño, pérdida de apetito, intranquilidad, miedos, problemas de concentración, llanto fácil, comportamientos irritables y pensamiento negativo.

4.5.8 Hipótesis de mantenimiento

Paciente de 45 años en la cual se identifica a partir de los instrumentos de evaluación y entrevistas, baja autoestima asociada a una personalidad introvertida, ansiosa, insegura, sumisa, además de deficiencias en las estrategias de afrontamiento, que se han desarrollado a lo largo de su vida, favoreciendo así, el mantenimiento de la sintomatología presentada tras el evento estresante.

4.5.9 Hipótesis diagnóstica

Paciente de 45 años en el cual se identifica sintomatología ansiosa exacerbada, insomnio, pérdida de apetito, irritabilidad, anhedonia, dificultad de concentración originada por un evento traumático que se ha mantenido por deficiencias en estrategias de afrontamiento, baja autoestima, introversión, inseguridad y sumisión, lo que ha desarrollado un trastorno de estrés agudo.

4.5.10 Diagnóstico DSM5

Trastorno de estrés agudo 308.3 (F43.0)

4.5.11 Diagnóstico diferencial

Se distingue del Trastorno Estrés Postraumático 309.81 (F43.10) porque en el tiempo en que la paciente llega a consulta han transcurrido solamente dos semanas de la sintomatología.

4.5.12 Objetivos terapéuticos

- Reducir la sintomatología asociada al trastorno de estrés agudo a partir de técnicas cognitivo-conductuales.
- Brindar herramientas para el manejo y afrontamiento de las diferentes situaciones de riesgo que se pueden presentar en su vida personal, afectiva, social y laboral.

4.5.13 Técnicas cognitivo-conductuales

- Entrenamiento en técnicas de relajación progresiva y respiración diafragmática
- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento, Solución de problemas, y comunicación asertiva.

4.6 Fase de intervención

4.6.1 Plan de tratamiento

De acuerdo con lo expuesto del caso clínico, después de realizar evaluación y formulación clínica se diseñó un plan de intervención de 13 sesiones terapéuticas orientadas a disminuir la sintomatología de la paciente y a modificar pensamientos irracionales frente al hecho.

Tabla 2.

Plan de tratamiento

Objetivo Terapéutico 1	
Reducir la sintomatología asociada al trastorno de estrés agudo a partir de técnicas cognitivo-conductual.	
Sesión 1 Evaluación	
Objetivo de la sesión:	Recoger información del paciente sobre su motivo de consulta y evaluación.
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Realizar diligenciamiento de consentimiento informado, historia clínica • Entrevista semiestructurada, e identificación de sintomatología.
Técnica	Observación. Entrevista abierta.
Sesión 2 Aplicación de pruebas	
Objetivo sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar sintomatología ansiosa a partir del inventario de ansiedad Estado-Rasgo.

- Evaluar posible trastorno de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos.
- Evaluar cómo la paciente afronta situación estresante en su vida.

Aplicar el inventario de ansiedad Estado-Rasgo IDARE el cual tiene como objetivo medir dos dimensiones de ansiedad: Ansiedad Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Ansiedad Rasgo (cómo se siente generalmente).

Actividad

Aplicar la prueba de personalidad de Millón y el inventario de Estrategias de Afrontamiento para reforzar el diagnóstico.

Explicar a la paciente en qué consiste el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual, teniendo en cuenta los problemas y la sintomatología presentada, ya que lo que se pretende es que produzca otro tipo de sensaciones y que le generen bienestar.

Técnica

- Aplicación del Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE
- Aplicación de Prueba de Personalidad Millón (MCMI-II)
- Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
- Psicoeducación sobre el diagnóstico
- Autorregistro

Sesión 3 Encuadre e impresión diagnóstica

Objetivo de la sesión

Psicoeducar a la paciente sobre su diagnóstico clínico.

Actividad

- Realizar retroalimentación y entregar resultados de la prueba IDARE, MILLON, Y CSI.
-

	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre la impresión diagnóstica y su sintomatología.
	Tarea: realizar auto registro sobre su conducta.
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Psicoeducación • Auto registro

Sesión 4 Entrenar la técnica de respiración diafragmática y relajación progresiva

Objetivo de la sesión	<p>Reducir la sintomatología física a partir de la terapia de relajación</p> <p>Promover la respiración y relajación muscular progresiva.</p>
Actividad	<p>Se le explica al paciente cómo deben realizarse cada uno de los ejercicios de tensión-relajación y, una vez que han relajado todos los músculos, hacer un repaso mental de ellos comenzando del final al principio.</p>
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Respiración diafragmática • Relajación muscular progresiva. • Auto registro.

Sesión 5

Objetivo de la sesión	<p>Reforzar las técnicas de relajación con el fin de disminuir respuestas fisiológicas</p> <p>Se inicia la sesión con técnica de relajación, fortaleciendo cada paso de la técnica para que la paciente continúe practicando en casa.</p>
Actividad	<p>Disminuir las respuestas fisiológicas, que producen los pensamientos irracionales debido a la situación estresante.</p> <p>Analizar cómo la paciente ha venido controlando su propio nivel de activación mediante las técnicas de relajación</p>
	<p>Tarea:</p> <p>Auto registro.</p>

	Practicar en casa la técnica de relajación.
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Auto registro. • Técnicas de relajación. • Seguimiento • Evaluación

Sesión 6

Objetivo de la sesión	<p>Identificar las creencias irracionales que producen las emociones o conductas contraproducentes</p> <p>Definir la Terapia Racional Emotiva</p> <p>Identificar las creencias irracionales</p>
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Personalización “Me siento responsable por no estar más pendiente de mi sobrina” • Ideas de exageración “siento que mi sobrina está en peligro en estos momentos”
Técnicas	<p>Comprender cómo contribuyen en sus problemas</p> <p>Conclusión del modelo ABC</p>

Sesión 7

Objetivo de la sesión	<p>Identificar ideas y pensamientos irracionales</p> <p>Identificar las situaciones estresantes</p> <p>Pensamientos irracionales</p> <p>Consecuencias emocionales y conductuales desde el modelo ABC</p>
Actividad	<p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acontecimiento activador • Situación (A): “Cuando me voy a dormir” • Pensamiento irracional (B): “Yo estoy aquí bien y a mi sobrina le puede estar pasando algo”

• **Consecuencias emocionales y de comportamiento**

(C): “me siento angustiada, preocupada, dolor de cabeza y no duermo”

Al final se establecerá un orden de prioridades para estructurar la Terapia TRE y planificar el orden en que será tratado los problemas bajo la estructura ABC.

Analizar cómo la paciente ha venido identificando y modificando sus creencias irracionales, sus emociones y conducta desde la Terapia Racional Emotiva.

Técnicas

Modelo ABC
Autorregistro

Sesión 8

Objetivo de la sesión

Identificar en la paciente los pensamientos e ideas irracionales

Realizar ejercicio con la paciente de identificación de situaciones, pensamiento, emociones y conducta.

Actividad

Se le explica a la paciente qué es una situación, pensamiento, emoción, conducta., luego se realiza una lista de situaciones específicas que la paciente haya vivenciado con el fin de empezar a filtrar cómo es que el pensamiento genera una emoción y esa emoción genera una conducta (agresiva, irritable, aislamiento, agitación, etc.).

Técnicas

Psicoeducación
Reestructuración cognitiva

Sesión 9

Objetivo de la sesión

Lograr que la paciente identifique pensamientos automáticos, creencias intermedias e ideas centrales

	<ul style="list-style-type: none"> • Al iniciar la sesión se explica qué es una idea central, creencia intermedia y pensamiento automático. • Aprender a diferenciar las creencias centrales, los tres tipos de creencias intermedias (valoraciones, suposiciones y reglas) y los pensamientos automáticos.
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar una ficha con creencias irracionales sobre su situación estresante la cual debe clasificar elementos, poniendo una cruz en las columnas correspondientes. Considera pensamientos automáticos solamente a los elementos que no puedan clasificarse ni como ideas centrales ni como creencias intermedias.
Técnica	<p>Psicoeducación</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Autorregistro</p>

Sesión 10

Objetivo de la sesión	<p>Modificar los pensamientos irracionales por medio de la técnica de reestructuración cognitiva.</p>
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Comenzar definiendo con claridad el pensamiento no razonable que queremos modificar. Anotar 0 a 100. El grado de creencia. • “Siempre que me voy a dormir pienso que mi sobrina se puede volver a cortar en cualquier momento” verbaliza la paciente. • Preguntar qué distorsiones o ideas irracionales están en la base del pensamiento. <p>Suposición “Pienso que cada vez que mi sobrina entra a un baño se va a cortar”</p> <p>Filtro mental “El mundo es peligroso para los jóvenes”</p>

Personalización “Me siento responsable por no estar más pendiente de mi sobrina”

Ideas irracionales:

“Me siento culpable por no estar más pendiente de mi sobrina”

- Observar la validez del pensamiento, si es realista, razonable o no, buscando hechos de las experiencias a favor o en contra.
- Después, que la paciente cuestione la utilidad del pensamiento, qué ventajas o consecuencias positivas le ofrece y qué inconvenientes o consecuencias negativas le ocasiona. (diferenciar, las ventajas inmediatas, a medio plazo, y a largo plazo y, de igual modo, con los inconvenientes.)
- A la vista de los hechos a favor y en contra y de las ventajas e inconvenientes, se elabora un pensamiento alternativo beneficioso o adaptativo. Anotamos cuánto nos lo creemos. El grado de creencia de este nuevo pensamiento irá aumentando poco a poco.
- Al terminar la Ficha se observaría si ha disminuido el grado de creencia del pensamiento negativo inicial.

Tarea: Hoja debate de pensamientos o reestructuración cognitiva

Reestructuración cognitiva

Técnica

- Autorregistro. Ficha de debate de pensamientos

Objetivo terapéutico 2

Brindar herramientas para el manejo y afrontamiento de las diferentes situaciones de riesgo que se pueden presentar en su vida personal, afectiva, social y laboral

Sesión 11

Objetivo de la sesión	<p>Brindar herramientas en estrategias de afrontamiento</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas se entrega a la paciente una ficha con el fin de que la paciente aprenda a solucionar problemas y cree sus propias estrategias.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Definición del problema: <i>“llamo a mi sobrina todos los días”</i></p> <p>Establecimiento de objetivos: <i>“Reducir el número de llamadas a mi sobrina”</i></p> <p>Soluciones alternativas: <i>“Llamar a mi sobrina cada 8 días o 15 días”</i></p>
Actividad	<p>Toma de decisiones: <i>“No llamar tanto a mi sobrina, sé que estará bien con el cuidado de mi hermana”</i></p> <p>Hacer distracción de pensamiento en la paciente frente a situaciones estresantes la cual pueda realizar unas actividades diferentes y le ayude a disminuir la sintomatología y que le permita relacionarse fácilmente con las personas que se encuentran a su alrededor.</p> <p>Aplicación del post de los instrumentos utilizados en el proceso terapéutico.</p>
Técnica	<p>Entrenamiento en solución de problemas</p> <p>Habilidades de asertividad.</p>

Sesión 12 Cierre

Objetivo de la sesión	Dar cierre al proceso terapéutico
------------------------------	-----------------------------------

	Entregar a la paciente los resultados de post de las pruebas
Actividad	Psicoeducación: Orientarla sobre las posibles recaídas y cómo afrontarlas, resaltar los logros obtenidos de la paciente y aquellos que se deben seguir trabajando.
	Adquirir compromisos individuales, implementar y fortalecer las estrategias de afrontamiento que le permiten una mejor reacción con su entorno, en ámbitos familiares, laborales y sociales.
	Sesión 13 Seguimiento
Objetivo	Verificar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la paciente
Actividad	Realizar seguimiento en un mes para verificar sintomatología actual de la paciente si persisten los síntomas o disminuyeron.

5. Resultados

A continuación, se presenta los resultados de cada sesión desarrollada con la paciente, y el efecto de la intervención, se logró modificar pensamiento irracional y se evidencio disminución de sintomatología ansiosa en la consultante. Por otra parte, se resalta la importancia que tuvo la terapia cognitivo conductual en todo el proceso terapéutico ya que permitió disminuir y modificar conductas y pensamientos irracionales debido a un evento traumático.

5.1 Sesión 1

Se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado y apertura de la historia clínica, se llevó acabo la toma de datos sociodemográficos y la exploración del motivo de consulta en donde manifestó la paciente: *“Hace dos semanas encontré a mi sobrina en el baño estaba desmayada, se había cortado los brazos, fue traumático para mí, me ocasiono a los días*

angustia, intranquilidad, pensamientos recurrentes de lo que paso, insomnio, pérdida de apetito, presión en el pecho e irritabilidad”

A continuación, se redacta lo que manifestó la consultante en el momento del diligenciamiento de la historia clínica.

Historia del problema: *“vivo con mi esposo y mi suegra en Piedecuesta tengo una buena relación con mi esposo, hace dos semanas, mi sobrina llevo del Municipio de San Andrés Santander a pasar vacaciones y compartir conmigo, ya que somos muy cercanas y mi hermana me la dejo a mi cargo. Sin embargo, en una reunión familiar en mi casa, se cortó los brazos por una discusión que tuvo con el padre”.*

Soluciones puestas en marcha hasta el momento: *“Busco la ayuda en el centro de proyección social de Piedecuesta porque no me siento bien fue muy fuerte para mi ver a mi sobrina cortada esa situación ha generado malestar en mi vida, estoy preocupada y no he podido dormir, una vecina me recomendó unas gotas Neurexan para poder dormir, las empecé a tomar después de la situación”.*

Se exploró la percepción de la situación desde el consultante, donde manifestó: *“quiero estar tranquila y poder superar esto, yo me monto unas películas que mi sobrina se va a morir, me afecta lo que está pasando con ella, ya no disfruto de las actividades que hacía con mi esposo”*

Se profundizó sus redes de apoyo familiar y social donde se encontró que la paciente cuenta con el apoyo del esposo, hermana y suegra, manifestó que no tiene amigas(os) ya que se considera una persona tímida e insegura, en sus antecedentes personales no había estado medicada y no ha consumido sustancias psicoactivas ni ha presentado conductas de riesgo.

Por último, en los antecedentes familiares manifiesta que la hermana mayor ha sido diagnosticada con trastorno depresivo mayor hace 20 años, y se encuentra medicada con

Fluoxetina y Citalopram. No ha sido internada en un centro psiquiátrico, ha vivido siempre con el cuidado de los familiares.

5.2 Sesión 2 y 3

Se aplicó la prueba IDARE Inventario de ansiedad Estado- Rasgo, durante la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo IDARE la paciente se muestra tranquila-alerta con actitud de interés y colaboración ante la evaluación. Se evidencia orientada autopsíquicamente y alopsíquicamente, se establece contacto visual y verbal, su presentación personal es adecuada a la circunstancia y congruente con la edad cronológica, así mismo, la paciente realizó la prueba dentro del marco de tiempo estipulado.

Se le explica la importancia de aplicar la siguiente prueba para reforzar el diagnóstico se continuó con la aplicación de la prueba de personalidad de Millón II, seguido a esto se continuó con la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Se realizó retroalimentación de las pruebas IDARE, MILLÓN II, CSI aplicadas en la segunda sesión, la cual nos muestra como resultado:

Puntuaciones del IDARE obtenidas por la evaluación pre test.

Tabla 3.

Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE

	Calificación	Puntuación T	Percentil
Ansiedad- estado	37	27	59
Ansiedad- rasgo	56	48	89

En la prueba pre test IDARE la ansiedad como Estado (condición emocional transitoria) se encuentra en un nivel medio, con una puntuación de 37, Lo que indica que la ansiedad – estado que presenta la consultante es media.

La ansiedad-estado es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo. Este tipo de ansiedad puede experimentarse ante un evento estresante. (Spielberger *et al.*, 2002, p. 123)

La ansiedad como Rasgo (propensión nerviosa relativamente estable) se encuentra en un rango alto con una puntuación de 56, siendo significativa la puntuación para ubicarse en un estado de ansiedad rasgo.

Se ha encontrado que este tipo de ansiedad denota un característico estilo o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad (Spielberger *et al.*, 2002, p. 125).

Así mismo, considerando la entrevista e historia clínica y cumpliendo con los criterios del DSM V; se concluye de forma probable que la paciente describe síntomas asociados a un trastorno de estrés agudo.

En cuanto a ansiedad-rasgo presenta una puntuación de 56, dado que lo ubica en un nivel superior al promedio (Alto), esto quiere decir que la consultante suele estar bajo síntomas ansiosos y percibir las situaciones como amenazantes, siendo un rasgo característico de su personalidad. Esto coincide con lo reportado por la consultante durante las sesiones terapéutica (Ver apéndice F).

De otro lado, en la prueba pre test de personalidad Millón II se puede observar que arrojó en la escala de patrones clínicos de la personalidad, una puntuación de 83 en el patrón esquizoide, esto se asocia al distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la

expresión emocional, en el patrón fóbico con una puntuación de 82, esto se debe a la dificultad de relacionarse y establecer relaciones con las personas que se encuentran a su alrededor, a la inseguridad y bajo autoestima.

Es importante complementar que gracias a la prueba de personalidad se logró establecer las características de base de la consultante y aquellas que están asociadas o se hubieran desencadenado a partir del evento traumático. Es por ello, que a partir de allí se decide evaluar las estrategias de afrontamiento para determinar cuáles son las herramientas que tiene la paciente al inicio de la intervención y con ello trabajar en las fortalezas y dificultades de la misma para afrontar la situación estresante.

Tabla 4.

Cuestionario de afrontamiento CSI

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD	2	2	1	17	1	0	0	7
PC	2	40	5	80	3	2	5	80

En la tabla 4, se puede observar que la consultante arrojó una puntuación alta en AUC: autocrítica, PSD: pensamiento desiderativo, RES: retirada social.

AUT: Autocrítica: la paciente presenta pensamiento y comportamientos de autocrítica ya que se juzga por ser incapaz de involucrarse en actividades cotidianas, dado que se siente insegura de su capacidad para afrontar la vida, es decir, el temor a equivocarse la conduce a dejar de involucrarse en las actividades de su vida. Por otra parte, se evalúa con gran dureza y reprobación, esto la lleva a presentar sentimientos de inferioridad, culpa y fracaso.

PSD: Pensamiento desiderativo: le impide a la paciente ver las evidencias de los acontecimientos que pasan a su alrededor, siempre coloca cualquier obstáculo al realizar alguna actividad cotidiana.

REC: Reestructuración cognitiva: la paciente presenta pensamiento desadaptativos a causa del acontecimiento estresante que vivió, además su conducta y sus reacciones físicas influyen entre sí y contribuyen a mantener los pensamientos.

RES: Retirada social: en el ámbito interpersonal la paciente es aislada y hostil, es decir, evita el contacto con los demás para no sentirse inferior. Todo esto se asocia a las características de comportamientos que limitan las dificultades cotidianas (Ver apéndice H).

Seguido a esto se realizó encuadre con la paciente sobre la impresión diagnóstica, se le explicó que ha venido cargando unas conductas de base a nivel personal, familiar y social. Por ende, todas las personas reaccionan de manera diferente frente a eventos estresantes y la reacción que tuvo frente al hecho con la sobrina se debe a que ya cargaba una serie de situaciones que eran un factor de riesgo y evaluara el evento vivido como muy peligroso e igualmente tuviera pensamiento que el suceso se pueda repetir.

Además, por causa del evento estresante, presenta síntomas como irritabilidad, problemas de concentración, escenas retrospectivas, reacciones fisiológicas como bostezo excesivo, sensación de vacío, intranquilidad, sudoración, angustia, nerviosismo entre otras.

Toda ésta sintomatología se refuerza y mantiene dadas las deficiencias de estrategias de afrontamiento y su personalidad introvertida, insegura y sumisa (Ver apéndice H).

Al finalizar la sesión, se dejó una tarea para la casa, la cual se entregó a la paciente una ficha de auto registro, donde deberá anotar situaciones que haya vivido o pensando durante la semana

y registrar en cada cuadro cual fue la situación, describir lo que ha pasado, lo que estaba haciendo, pensando o imaginando.

De igual manera, escribir qué pensamientos ha tenido y valorar cuánto ha creído en cada uno de ellos (0-100%). Así mismo, en la emoción, valorar la intensidad de cada emoción (0-100). Por último, en la conducta, especificar lo que hace ¿cuánto dura su conducta, qué consecuencias tiene su comportamiento y qué pasa después? (Ver apéndice K).

5.3 Sesión 4

Durante la sesión se revisó el auto registro dejado en la sesión 3 el cual fue realizado por la paciente en casa, donde se observan dos situaciones sobre el acontecimiento estresante con la sobrina.

A continuación, se presenta lo trabajado en la sesión con la paciente:

1. Situación: *“he pensado mucho en mi sobrina desde que se fue para el pueblo”*

Pensamiento automático: *“he pensado que se vuelva a repetir tengo miedo que se vuelva hacer daño, o que empiece a consumir drogas”*

Emoción: *“siento miedo, tristeza, angustia, intranquilidad”*

Conducta: *“en ese momento lo que hice fue hablar con ella. Darle consejos para que no se vuelva hacer daño”*

2. Situación: *“fue un domingo mi esposo se puso a tomar y discutimos porque no me gusta que tome en la casa”*

Pensamiento automático: *“Pensé que no le importo”*

Emoción: *“siento rabia, llanto, Angustia”*

Conducta: *“mi comportamiento fue pelear porque él toma seguido”*

Se modificaron los pensamientos y comportamientos por unos más adaptativos y racionales, la paciente pudo observar cómo están asociados sus pensamientos con sus emociones y conductas, en qué situaciones se producen y qué consecuencias (Ver apéndice K).

Seguido a esto, se dio a conocer los beneficios de la respiración diafragmática, la cual fortalece el diafragma y facilita la respiración, ventila y limpia los pulmones, activa la respuesta parasimpática es decir la capacidad para poder relajarnos, aumenta el bienestar general y el nivel de energía, mejora el sistema inmune y circulatorio que muchas veces es afectado por el estrés negativo, por medio de la respiración permite regular la frecuencia cardiaca.

Se llevó a cabo el ejercicio de respiración diafragmática con la paciente, se buscó una posición donde la paciente tuviese la espalda recta, y seguido a esto se le pidió que llevara su mano izquierda al abdomen y la derecha en el pecho para realizar la actividad. Se logró el objetivo ya que la paciente manifestó: *“me siento cómoda y tranquila, es importante aprender a respirar correctamente ya que permite relajarnos”*

Luego se pasó a la relajación muscular progresiva, se orientó a la paciente en qué consiste la técnica y cuáles son los beneficios ya que por medio de la relajación muscular progresiva se logran disminuir los estados de ansiedad y estrés.

La paciente realizó el ejercicio de tensión-relajación, con ropa cómoda y en un sillón confortable, donde tuvo un apoyo suficiente para la espalda, cabeza, nuca y logró estirar cómodamente las piernas. Esto le permitió lograr un estado de relajación muscular que progresivamente se generalizó en todo su cuerpo.

Por último, la paciente revisó lentamente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo. Se pidió que pensara en una escena agradable y positiva o en mantener la mente en blanco, la cual logró relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo, la

técnica de relajación permitió entrenar a la paciente y reducir la sintomatología. Al finalizar el ejercicio de relajación la paciente manifestó: *“Siento que mi cuerpo se relajó, estaba bastante tensionada en los hombros y el cuello, nunca había ellos estos ejercicios, lo seguiré realizando en mi casa más seguido cuando este estresada o tensionada”*

Se dejó tarea para la casa la cual deberá realizar un auto registro de como se viene sintiendo durante la semana y donde deberá practicar dichas técnicas en su hogar, se le explico que es importante empezar hacerla varias veces durante la semana, preferiblemente con los ojos cerrados y un lugar cómodo para permitir una mayor concentración, hasta que poco a poco vaya dominando la técnica y aprender habilidades de relajación que puedan ser aplicadas rápidamente y en prácticamente en cualquier situación estresante (Ver apéndice L)

5.4 Sesión 5

En la sesión se evaluó el registro de relajación realizado por la paciente y se reforzaron las técnicas de relajación con el fin de disminuir respuestas fisiológicas. La paciente realizó un registro donde marcaba el día, hora, nivel de concentración de (0-10) y grado de relajación (Ver apéndice L).

Al finalizar la sesión la paciente manifiesta que la sintomatología ha disminuido ya que se encuentra tomando los medicamentos y han sido de gran ayuda.

5.5 Sesión 6

Se dio a conocer a la paciente las bases de la Terapia Racional Emotiva, se definió la Terapia Racional Emotiva “como un sistema de terapia que ayuda a las personas a vivir mejor, a través del cual, puede minimizar sus problemas emocionales y sus conductas desadaptadas, lo que le permite auto realizarse para tener una vida más plena y feliz” (Ellis & Bernard, 1990, p. 23).

Se identificaron las creencias irracionales de la paciente como personalización “*Me siento responsable por no estar más pendiente de mi sobrina*”, ideas de exageración “*siento que mi sobrina está en peligro en estos momentos*”, se logró comprender cómo contribuyen en su problema.

5.6 Sesión 7

Se explicaron las bases del modelo ABC poniendo como ejemplo sus propios problemas (Ver apéndice M).

1. Acontecimiento activador

Situación (A): “*Pasar por un baño*”

Pensamiento irracional (B): “*Cada vez que mi sobrina entra a un baño pienso que se va a cortar*” **Consecuencias emocionales y de comportamiento (C):** “*preocupada, intranquila, angustiada, llamo a mi sobrina*”

2. Acontecimiento activador

Situación (A): “*Cuando me voy a dormir*”

Pensamiento irracional (B): “*Yo estoy aquí bien y a mi sobrina le puede estar pasando algo*” **Consecuencias emocionales y de comportamiento (C):** “*me siento angustiada, preocupada, dolor de cabeza y no duermo*”

3. Acontecimiento activador

Situación (A): “*Mi esposo me dice que hablemos porque necesito ayuda*”

Pensamiento irracional (B): “*él no me entiende y cree que estoy enferma*”

Consecuencias emocionales y de comportamiento (C): “*me da rabia, lloro, me siento frustrada, grito, tiro las cosas, no hablo con mi esposo*”

Se lograron identificar los 3 aspectos más relevantes de la situación de la paciente y las consecuencias de mantener la situación y la creencia irracional para identificar sus problemas. Se entrenó a la paciente en técnicas de autocontrol como respiración, relajación, distracción de pensamiento alternativo (Ver apéndice M).

5.7 Sesión 8

Se siguió trabajando la identificación de pensamientos de ideas irracionales se desarrolló el ejercicio con la paciente de identificación de situaciones, pensamiento, emociones y conducta.

Se le explica a la paciente qué es una situación, pensamiento, emoción, conducta, luego se realiza una lista de situaciones específicas que la paciente haya vivenciado con el fin de empezar a filtrar cómo es que el pensamiento genera una emoción y esa emoción genera una conducta (agresiva, irritable, aislamiento, agitación etc.).

Se le entregó a la paciente un cuadro en el cual fue identificando situaciones, pensamientos, emociones, conductas y clasificó los siguientes elementos expresados por la consultante: *“miedo, no le importo, rabia, se va a repetir, en mi casa, hablo con mi sobrina, discutimos porque no me gusta que tome en la casa, antes de irme a dormir, tristeza, seguro que volverá a pasar”*, poniendo una cruz en las columnas correspondientes (Ver apéndice N).

Se aplicó el siguiente ejercicio para identificar situaciones, pensamientos, emociones y conductas y la paciente clasificó los siguientes elementos poniendo una cruz en las columnas correspondientes.

Tabla 5.

Ejercicio para identificar situaciones, pensamientos, emociones y conductas

Elementos	A- Situación	B-Pensamiento	C-Emoción	D-Conducta
Miedo			X	
No le importo		X		

Rabia			X
Se va a repetir		X	
En mi casa	X		
Hablo con mi sobrina			X
Discutimos porque no me gusta que tome en la casa		X	
Antes de irme a dormir	X		
Tristeza, Seguro que volverá a pasar		X	

5.8 Sesión 9

Se trabajó la identificación pensamientos automáticos, creencias intermedias e ideas centrales, al iniciar la sesión se dio a conocer qué es una idea central, creencia intermedia y pensamiento automático, la paciente logró aprender a diferenciar las creencias centrales, los tres tipos de creencias intermedias (valoraciones, suposiciones y reglas) y los pensamientos automáticos.

Se entregó la ficha de creencias irracionales sobre sus situaciones estresantes y pensamientos la cual fue clasificada en elementos y poniendo una cruz en las columnas correspondientes. La paciente consideró pensamientos automáticos solamente a los elementos que no puedan clasificarse ni como ideas centrales ni como creencias intermedias, durante el desarrollo de la ficha se fue realizando reestructuración cognitiva frente a las situaciones y pensamientos expuestos por la consultante (Ver apéndice O)

Tabla 6.

Modelo cognitivo-conductual de los paradigmas de aprendizaje cognitivos.

a. Idea central o nuclear					
b. Creencia intermedia					
c. Creencia intermedia Suposición	+				
	-				
Reglad. Creencia intermedia					
e. pensamiento automático					

Es horrible sentir que no le importo a mi esposo					X
Si busco ayuda mejoraré				X	
Debo evitar comunicarme con mi sobrina				X	
He pensado que se vuelva a repetir					X
Me irrita ver a mi esposo tomando en la casa	X				
Soy de pocos amigos	X				
Si me esfuerzo, todo cambiará			X	X	
Es horrible sentirme mal		X			

5.9 Sesión 10

Se trabajó con la paciente la ficha de modificación de pensamientos irracionales por medio de la técnica reestructuración cognitiva (Ver apéndice P).

Se comenzó definiendo con claridad el pensamiento no razonable que queremos modificar “Siempre que me voy a dormir pienso que mi sobrina se puede volver a cortar en cualquier momento” verbaliza la paciente.

Se dio a conocer las siguientes preguntas ¿Por qué es importante para usted? ¿Qué significa para usted eso?

Manifiesta la consultante: “Porque me siento responsable, yo la cuidaba cuando era pequeña y me he distanciado de ella.” “Eso para mí es frustrante, el no saber cómo manejar la situación.”

Se anotó 0 a 100 el grado de creencia.

A partir del pensamiento no razonable se realizó reestructuración cognitiva con la paciente manifestándole las siguientes preguntas

- ¿Qué pruebas tiene usted que cada vez que su sobrina entra a un baño se va a cortar? La paciente verbaliza: *“ninguna”*
- ¿Cuántas veces ha sido testigo de que su sobrina cada vez que entra al baño se ha cortado? La paciente verbaliza: *“si una vez, pero tengo miedo que lo vuelva hacer”*
- ¿Cuándo no se había presentado esta situación cómo se sentía? *“bien, tranquila, dormía normal y comía normal”*

A partir de estas preguntas la paciente entendió que la sintomatología que está sintiendo es subjetiva que no hay pruebas reales, ella misma está creando pensamientos irracionales y ocasionando una alteración en el sueño, se le enseñó a la paciente cómo llevar una vida cotidiana como la que tenía antes y que solo fue un evento estresante que le ocasionó una serie de sintomatología ansiosa.

Se preguntó qué distorsiones o ideas irracionales están en la base del pensamiento

La paciente expresa distorsiones cognitivas como:

Suposición *“Pienso que cada vez que mi sobrina entra a un baño se va a cortar”*

Filtro mental *“El mundo es peligroso para los jóvenes”*

Personalización *“Me siento responsable por no estar más pendiente de mi sobrina”*

Ideas irracionales:

“Me siento culpable por no estar más pendiente de mi sobrina”

Se observó la validez del pensamiento, si es realista razonable o no, buscando hechos de las experiencias a favor o en contra.

Hechos a favor de este pensamiento

“Mi esposo me dice que desde que se presentó la situación con mi sobrina cambié mi comportamiento en la casa, dice que soy amargada y que me he vuelto nerviosa”

Hechos en contra de este pensamiento

“El hecho de que yo me he sentido mal por la situación no quiere decir que esté amargada todo el tiempo”

Luego la paciente cuestionó la utilidad del pensamiento, qué ventajas o consecuencias positivas le ofrece y qué inconvenientes o consecuencias negativas le ocasiona.

Ventajas de pensar así

“Mi forma de actuar está afectando la relación con mi pareja, yo sé que debo poner de mi parte para lograr estar bien como antes”

“El estar llamando a mi sobrina me hace sentir segura de que está bien”

Inconvenientes de pensar así

“No duermo bien por estar pensando en qué está haciendo mi sobrina”

“Como no duermo bien al otro día me levanto de mal genio y peleo con mi esposo”

“Por estar pensando en la situación mantengo preocupada todo el tiempo”

Seguido a esto se observó la utilidad del pensamiento y la consecuencia de cambiar este pensamiento

Ventajas: verbaliza la paciente

“voy a recuperar el sueño”

“la relación con mi esposo va a mejorar porque no voy a estar peleando con él”

“se me va a quitar esa sensación que siento que me produce angustia”

Desventajas: Ninguna

Se buscó un pensamiento alternativo y grado de creencia (0-100)

- *“Es normal preocuparme por que es mi sobrina y yo la quiero mucho”*

Este pensamiento me lo creo en un 80 %

- *“Ahora soy consciente que debo poner de mi parte para poder dormir bien”*

Este pensamiento me lo creo en un 85 %

- *“Ahora entiendo a mi pareja ya que él se preocupa por mi”*

Este pensamiento me lo creo en un 90 %

A la vista de los hechos a favor y en contra y de las ventajas e inconvenientes, se elabora un pensamiento alternativo beneficioso o adaptativo. La paciente anotó cuánto lo creyó beneficioso, el grado de creencia de éste nuevo pensamiento fue aumentando poco a poco.

Se preguntó a la paciente “Cómo se siente ahora” Verbaliza *“Me siento más tranquila, reconozco que esta situación me llevó a exagerar las cosas, pienso que antes no estaba poniendo de mi parte por mi forma de actuar y el hablar de la situación me sirvió bastante estoy más tranquila”*

¿Qué puedo hacer para disminuir los pensamientos negativos?

- *“Puedo estar en contacto con mi sobrina sin necesidad de sentirme responsable”*
- *“No llamar a mi sobrina todos los días si no una sola vez a la semana como forma de saber que está bien y estar tranquila”.*
- *“No preocuparme por cosas que no son reales para poder conciliar el sueño”*
- *“Comunicarme con mi pareja para expresarle lo que pienso y siento y así mejorara la relación de pareja”*

Al terminar la ficha se observó que disminuyó el grado de creencia del pensamiento negativo inicial (Ver apéndice P).

5.10 Sesión 11

Se entrenó a la paciente en la técnica de solución de problemas, se entregó una ficha con el fin de que la consultante aprenda a solucionar sus problemas y cree sus propias estrategias donde definió el problema y estableció objetivos, buscó soluciones alternativas, tomó decisiones adecuadas, implementó la solución en el hogar y por último se verificó que lo haya realizado. El esposo aportó información vía telefónica con el fin de confirmar que la paciente haya cumplido con la tarea.

D'Zurilla y Goldfried (1971), establecieron cinco fases para el entrenamiento específico de solución de problemas.

A continuación, se observa las estrategias de solución de problemas propuesta por la consultante.

- **Definición del problema:** *“llamo a mi sobrina todos los días”*
- **Establecimiento de objetivos:** *“Reducir el número de llamadas a mi sobrina”*
- **Soluciones alternativas:** *“Llamar a mi sobrina cada 8 días o 15 días”*
- **Toma de decisiones:** *“No llamar tanto a mi sobrina, sé que estará bien con el cuidado de mi hermana”*
- **Implementación de solución y verificación:** *“Llevé a cabo todo lo escrito, solo llamé a mi sobrina cada 8 días para saber cómo esta”*
- **Definición del problema:** *“Discuto con mi pareja”*
- **Establecimiento de objetivos:** *“Mejorar la relación y comunicación con mi esposo”*
- **Soluciones alternativas:** *“Ser asertiva con mi esposo, hablar en el momento adecuado, expresar cómo me siento y pienso, crear con mi esposo una relación amorosa, buscar soluciones entre los dos”*

- **Toma de decisiones:** *“Cada vez que mi esposo me diga algo, escucharlo y dialogar”*
- **Implementación de solución y verificación:** *“El martes hablé con mi esposo, me sentí mejor, pude expresar lo que pensaba y sentía, me escuchó fue muy paciente no discutimos como antes, me sentí tranquila”*
- **Definición del problema:** *“Conciliar el sueño”*
- **Establecimiento de objetivos:** *“Lograr aumentar las horas de sueño”*
- **Soluciones alternativas:** *“Estar tranquila antes de irme a dormir, reemplazar el pensamiento negativo que tenga por uno positivo, aplicar las técnicas de relajación aprendidas, establecer una hora fija para ir a dormir”*
- **Toma de decisiones:** *“Hacerlo poco a poco”*
- **Implementación de solución y verificación:** *“El jueves realicé la técnica de relajación, logré relajarme ya que estaba tensionada por el día de trabajo, no tuve pensamiento negativo, ahora me estoy durmiendo a las 9:00 de la noche he podido conciliar el sueño últimamente”*

Se brindó estrategias y se entrenó a la paciente en técnicas de autocontrol, respiración, relajación y distracción de pensamiento frente a situaciones estresantes. Se dio a conocer a la consultante que existen otras actividades como leer un libro antes de dormir, realizar la técnica de relajación antes de dormir, pensar en situaciones agradables que haya vivido con el esposo o un ser querido ya que esto le ayude a disminuir la sintomatología y permitirá mejorar la relación con su esposo (Ver apéndice Q).

Al finalizar se aplicó el post las pruebas de ansiedad estado-rasgo IDARE y la prueba de personalidad de Millón II.

5.11 Sesión 12

Se realizó devolución de los resultados de la evaluación post manifestándole a la paciente los cambios positivos que ha tenido y comparando los resultados de la evaluación inicial.

Se lograron cambios significativos en la paciente lo que quiere decir que ha disminuido su ansiedad respecto a los síntomas que venía presentando antes del evento traumático.

Esto quiere decir que sí hubo cambios y mejorías en la consultante la evitación y los sentimientos de inferioridad que tenía la paciente se ha modificado gracias al proceso de reestructuración cognitiva que se trabajó con ella sobre el evento traumático, y la aplicación de distracción de pensamiento que hizo la paciente frente a situaciones estresantes, igualmente el patrón hostil que tenía con su pareja mejoró gracias a la implementación de la técnica de solución de problemas y por último la sintomatología ansiosa que causaba llanto fácil disminuyó gracias a las técnicas de respiración y relajación.

Se realizó cierre del proceso terapéutico, se orientó sobre las posibles recaídas y cómo afrontarlas siguiendo como base lo realizado en cada sesión, se resaltaron los logros obtenidos de la paciente, dado que fue comprometida y aplicada en cada sesión.

La consultante logró adquirir compromisos individuales, implementando y fortaleciendo las estrategias de afrontamiento aprendidas la cual le permite una mejor reacción con su entorno y en su ámbito familiar, laboral y social.

5.12 Sesión 13

Se verificó la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la paciente, se realizó seguimiento en un mes para verificar sintomatología actual, si persiste los síntomas o disminuyeron. La consultante manifestó *“he estado tranquila, no se me dificulta conciliar el sueño como antes, tampoco siento presión en pecho o nerviosismo, los síntomas han mejorado y mis pensamientos negativos frente a mi sobrina han cambiado gracias a todo lo que trabajamos en terapia”*

6. Conclusiones

Se concluye con el proceso terapéutico, que el modelo de intervención cognitivo conductual para el tratamiento de un trastorno de estrés agudo fue eficaz, ya que se logró reconocer y reducir la sintomatología de la paciente y los pensamientos irracionales que estaban asociados al trauma. Además, se pudo observar que la medicación formulada por el psiquiatra también fue de gran ayuda para el tratamiento psicológico.

Se cumplieron en su totalidad los objetivos planteados en el estudio de caso, dado que se evaluó la sintomatología del trastorno a partir de historia clínica, pruebas psicológicas como el inventario de estado-rasgo, inventario de personalidad de Millón II y cuestionario de estrategias de afrontamiento, la cual permitió la identificación de un diagnóstico pertinente a los síntomas de la paciente y la formulación de un plan de tratamiento funcional que logro una mejoría confirmando con los resultados del post del tratamiento desarrollado.

Por último, la consultante adquirió herramientas para el manejo de afrontamiento de las diferentes situaciones de riesgo que se pueda presentar en su vida cotidiana, se evidenció una mejoría en cuanto a la comunicación asertiva con su esposo, ya que el proceso de intervención ayudó a fortalecer los vínculos afectivos en la pareja, desde luego la paciente ha llevado una comunicación con la sobrina, pero sin necesidad de verse afectada por pensamientos o situaciones.

Por lo anterior, se puede decir que el tratamiento psicológico y la terapia cognitivo conductual es oportuna para las personas que están pasando por un trauma o evento estresante ya que se evidenció la modificación de esquemas cognitivos y de comportamiento en la consultante.

7. Recomendaciones

Se recomienda seguir trabajando con el paciente aspectos como baja autoestima, inseguridades a nivel personal, según los resultados, se evidencian distanciamientos en las relaciones sociales debido a la poca interacción y amistades que tiene en su círculo social.

Igualmente se recomienda continuar con la aplicación de las técnicas aprendidas durante el tratamiento psicológico como las técnicas de relajación, resolución de problemas, comunicación asertiva, la cual le ayudara a buscar estrategias de afrontamiento frente a situaciones cotidianas de la vida.

Por último, continuar con los controles con el psiquiatra sobre la medicación que está tomando desde inicio del proceso psicológico.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (5 ed.)* Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Arnau, M. y Rodríguez, M. (2006). *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. Madrid: Acción médica.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford Press. (Traducción: Terapia cognitiva de la depresión, Desclée De Brouwer, 1983).
- Beríso, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M., y Sánchez, I. (2003). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual Una orientación pedagógica e integradora*. Editorial Eos Instituto De Orientación Psicológica Asociados.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Beverly A. P. (1991). *Estrés y rendimiento en el trabajo; transforme las presiones de trabajo en productividad*. México: Ed. Trillas.
- Chóliz, M. (1998). *Técnicas para el control de la activación. Relajación y Respiración*. Facultad de Psicología Universidad de Valencia.
- De Prado, D. (1988). *Técnicas creativas y lenguaje total*. Santiago de Compostela: Narcea.
- D’Zurilla, T. y Golfried, M.R (1971). Problem solving and Behavior modification. *Journal of anormal psychology*, 78: 107-126.


- Ellis, J. y Bernard, M. (1990) Relación empírica entre la terapia racional emotiva-conductual (TREC) de Ellis y la terapia cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Educación*, vol. 30, núm. 2, 2006, pp. 101-109.
- Ellis, J. y Bernard, M. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. España: Siglo XXI Editores.
- Gómez, E., Beríso, B., Guerra, R., Sánchez, P. (s.f.) *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual*. Una orientación pedagógica e integradora. Estrategias cognitivas. Recuperado de <https://www.dropbox.com/s/hepixk11n1bpabd/Cuadernos%20de%20Terapia%20Cognitivo%20Conductual.pdf?dl=0>.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. España: Siglo XXI Editores.
- Macaya, C. y López, A. (2009). *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos*. Fundación BBVA.
- Millón, T. (1999). *MCMI-II Inventario clínico multiaxial de millón – II*. Madrid: Tea Ediciones.
- Millón, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millón-II*. Manual. Madrid: TEA
- Said, A. G., Sartori, M., Gillet, S. y López, M (febrero de 2014). *Relevancia del inventario clínico multiaxial de millón en el diagnóstico y evaluación de los trastornos de la personalidad*. Recuperado de www.interpsiquis.com.
- Spielberger, C., Gorsuch, L. y Lushene, R. (1970). *IDARE: inventario de ansiedad: rasgo-estado manual e instructivo*. México: Editorial el manual moderno.
- Spielberger, C. y Sydeman, S. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for*

treatment planning and outcome assessment. England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal ((2006). Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI). (Cano, Rodríguez y García, trad). *Actas Españolas de psiquiatría*, 35(1), 29-39. (Obra original publicada en 1989).

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 03
---	---

Por medio de la presente, Gladys Mendoza Buenomayor y vecino (a) de la ciudad de Bucaramanga o identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 63510278, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos_personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: Glady's Mendoza Bueno la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.


Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha 31/08/2018

Firma del Usuario: <u>Glady's Mendoza B</u>	C.C. No. <u>63510228</u>
Nombre del Usuario: <u>Glady's Mendoza B</u>	
Firma Psicólogo (a) en formación <u>Alejandra Aiza</u>	C.C. No. <u>109593449</u>
Nombre Psicólogo (a) en formación <u>Alejandra Aiza</u>	
Firma Psicólogo (a) Asesor (a) <u>[Firma]</u>	C.C. No. <u>1048220280</u>
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a) <u>Jairo Ayla L.</u>	No. T.P. <u>143125</u>

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Apéndice B. Formato de historia clínica

		FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: PS-FD-061 Versión: 02					
Fecha de recepción		Día	Mes	Año	No. De historia		
1. DATOS DEMOGRAFICOS DEL USUARIO							
Datos del Usuario							
Nombres y Apellidos		Edad	Género	Documento de Identidad			
Lugar y Fecha de nacimiento		Dirección de Residencia					
Estrato	No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular				
Nivel de Escolaridad	Profesión / Ocupación						
Remitido por	Entidad (EPS)						
2. DATOS DEL ACUENTE							
Nombres y Apellidos		Parentesco	Edad	Estado Civil			
Dirección de Residencia		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular			
3. SITUACION ACTUAL DEL USUARIO							
3.1 Motivo de Consulta							
(Lined area for text input)							
3.2 Historial de la situación							
(Lined area for text input)							
Folio No.						(Empty box)	

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: PS-FD-001 Versión: 02</p>
---	--

4. ASPECTOS FAMILIARES					
4.1 Familigrama					
Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona
4.2 Observaciones generales del ambiente familiar					

Folio No.	
-----------	--

	FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: PS-FD-061 Versión: 02
---	--

Observaciones generales de la historia laboral

9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

10. CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia		
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

	FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: P8-FD-061 Versión: 02
---	--

11. OBSERVACION GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)

12. IMPRESION DIAGNOSTICA (DSM V)

13. PLAN DE TRATAMIENTO

14. SEGUIMIENTO TERAPEUTICO

Fecha	Hora	Seguimiento

Apéndice C. Instrumento de evaluación, Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo IDARE



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: Gladys Mendoza Bueno Fecha: 14 09 2018

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39



Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.** 0412

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
22. Me canso rápidamente	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	<input checked="" type="checkbox"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	<input checked="" type="checkbox"/>	④
30. Soy feliz	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	<input checked="" type="checkbox"/>	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	<input checked="" type="checkbox"/>
33. Me siento seguro(a)	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
34. Procuo evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	<input checked="" type="checkbox"/>	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
39. Soy una persona estable	①	<input checked="" type="checkbox"/>	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	<input checked="" type="checkbox"/>

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**

Apéndice D. Inventario clínico multiaxial de Millón (MCMI-II)**QUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

QUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces entorpece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

QUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigó teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

FIN DE LA PRUEBA

**COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR
ALGUNA FRASE.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

TEST DE MILLON - (MCMI-II)

Nombre y apellidos: Gladys Mendoza Bueno

Edad: 45

Fecha: 29-Sep-18

	V	F
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	X
7	X	
8	X	
9		X
10		X
11		X
12	X	
13		X
14	X	
15	X	
16		X
17	X	
18	X	
19		X
20	X	
21	X	
22		X
23		X
24		X
25	X	
26	X	
27	X	
28		X
29	X	
30	X	
31		X
32	X	
33	X	
34		X
35	X	X
36	X	X
37	X	
38	X	
39	X	
40		X
41	X	
42	X	
43	X	
44	X	
45	X	
46	X	X
47	X	X
48	X	X
49	X	
50	X	

	V	F
51	X	
52		X
53	X	
54		X
55	X	
56	X	
57		X
58		X
59		X
60		X
61		X
62		X
63	X	
64	X	
65	X	
66	X	
67	X	
68	X	
69		X
70		X
71	X	
72	X	
73		X
74	X	
75	X	
76	X	
77		X
78		X
79	X	X
80	X	X
81	X	
82		X
83	X	
84	X	
85	X	X
86	X	X
87	X	X
88	X	
89	X	
90	X	X
91	X	X
92	X	X
93	X	
94		X
95	X	
96	X	X
97	X	X
98	X	
99	X	
100	X	X

	V	F
101		X
102		X
103	X	
104	X	
105	X	X
106	X	X
107	X	X
108	X	X
109	X	X
110	X	
111	X	X
112	X	X
113	X	X
114	X	
115	X	X
116	X	X
117	X	
118	X	
119	X	X
120	X	X
121	X	X
122	X	X
123	X	X
124	X	
125	X	
126	X	
127	X	X
128	X	X
129	X	X
130	X	X
131	X	X
132	X	
133	X	X
134	X	X
135	X	
136	X	X
137	X	X
138	X	X
139	X	X
140	X	X
141	X	X
142	X	X
143	X	X
144	X	X
145	X	X
146	X	X
147	X	X
148	X	X
149	X	X
150	X	X

	V	F
151		X
152		X
153	X	X
154	X	X
155	X	X
156	X	X
157	X	
158	X	
159	X	
160	X	X
161	X	X
162	X	X
163	X	X
164	X	X
165	X	X
166	X	X
167	X	X
168	X	X
169	X	X
170	X	X
171	X	X
172	X	X
173	X	
174	X	X
175	X	X

Apéndice E. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escribala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

eso ocurrió un domingo en la tarde
mi sobrina se fue para la tienda y
volvió y se enserio en el baño yo
me preocupe y despues de unos minutos
yo le golpie ala puerta y no me abrió
yo abrí con la llave y la encontré
cortada y llena de sangre en las piernas
yo me asuste mucho ella estaba
llorando y decía que se quería
morir. yo le pregunte q porq se
hacia ~~dado~~ y le quite la cuchilla
yo estaba muy altera y la allude
a limpiar eso fue para mi terrible
en ese momento se encontraba
el hermano de ella mi esposo
Pero ellos no se dieron cuenta
me senti terrible porq es mi
sobrina y para mi no es normal
ver una perso en esa situación
despues de eso empese a sentir
angustia no dormi todo el tiempo
pensando en la situación no lograba
consentirme en otra cosa todo el
tiempo pensamientos negativos
sentia opresión en el pecho tristeza

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema		0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo		0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés		0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado		0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema		0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente		0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado		0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo		0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché		0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía		0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase		0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza		0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto		0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente		0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema		0 1 2 3 4
18	Me criticqué por lo ocurrido		0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir		0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación		0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano		0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían		0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más		0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía		0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran		0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera		0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones		0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido		0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos <i>Familia</i>		0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo		0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado		0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía		0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería		0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias		0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron		0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes		0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto		0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas		0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada		0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos		0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación		0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD	2	2	7	12	7	0	0	7
PC	2	40	5	20	3	2	5	20

A cumplimentar por el evaluador

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)

Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33	1+0+1+0+0=2
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34	1+0+0+1+0=2
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35	0+0+0+0+1=1
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36	4+4+4+4+1=17
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37	0+0+0+1+0=1
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38	0+0+0+0+0=0
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39	0+0+0+0+0=0
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40	0+0+0+4+3=7

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)

Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

Apéndice F. Informe de resultado pre-inventario de ansiedad**INFORME DE RESULTADOS PRE DE PRUEBA PSICOLÓGICA****INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO IDARE****I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre Completo: Gladys Mendoza Bueno

Edad: 44

Género: Femenino

Escolaridad: Primaria

Fecha de Aplicación: 14 septiembre 2018

No. de sesiones: 1

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación: María Alejandra Ariza Rojas

Centro donde se realiza la evaluación: Centro de proyección Social – CPS - UPB

Fecha de inicio del proceso de evaluación: 14 septiembre 2018

Fecha de finalización del proceso de evaluación: 14 septiembre 2018

III. REMITIDO POR: Partícula

IV. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:

La paciente refiere en su motivo de consulta “hace 4 semanas encontré a mi sobrina con los brazos cortados estaba llena de sangre y desmayada desde entonces estoy presentando dificultad para conciliar el sueño pérdida del apetito, angustia, presión en el pecho, intranquilidad, malhumor, constante pensamientos recurrentes al hecho”. “Este malestar se intensifica casi todos los días y a la misma hora que se presentó el evento. El objetivo de la aplicación de la prueba es identificar,

presencia de sintomatología ansiosa en la paciente, que esté afectando la calidad de su dinámica familiar, relaciones interpersonales y con el entorno.

V. ANTECEDENTES

Familiar:

Paciente vive con su esposo, en unión libre hace 22 años y con la suegra, tienen una relación estrecha con la pareja, son unidos, hay confianza, respecto y comunicación tiene 7 hermanos la cual dos de ellos viven en la ciudad de Bucaramanga son muy cercano constantemente los visita y se mantiene en comunicación. Lo demás hermanos se encuentran viviendo en el municipio de San Andrés Santander igualmente la sobrina ya que vive con el padre en el pueblo. Llega a la ciudad de Bucaramanga a visitarla en vacaciones ya que tiene una relación muy cercana.

Personal: la paciente refiere sentirse intranquila y angustiada por el evento traumático que presencio con la sobrina, igualmente refiere que ha venido presentando en los últimos meses perdida de interés en sus actividades favoritas, y dificultad en establecer comunicación con el grupo de amigos de su esposo ya que se considera una persona tímida.

Farmacológico: Automedicación con Neurexan hace dos semanas

Quirúrgico: No registra.

Médico: No registra

Terapéutico: No registra.

Evolutivo: No registra.

VI. OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

Durante la aplicación del inventario de ansiedad estado-rasgo IDARE la paciente se muestra tranquila-alerta con actitud de interés y colaboración ante la evaluación. Se evidencia orientada autopsíquicamente y alopsíquicamente, establece contacto visual y verbal su presentación personal es adecuada a la circunstancia y congruente con la edad cronológica.

Realizo la prueba dentro del marco de tiempo estipulado.

VII. PRUEBAS APLICADAS Y DESCRIPCION:

Para iniciar, se realiza entrevista individual con el paciente para continuar con la evaluación del caso y proceder a la aplicación de la prueba; esto se realiza con el fin de conocer más a fondo la dificultad que funciona como motivo de consulta. Dentro del proceso de evaluación se efectuó la implementación del instrumento y aplicación del Inventario de ansiedad estado-rasgo IDARE, la cual tiene como objetivo medir dos dimensiones de ansiedad: Ansiedad Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Ansiedad Rasgo (cómo se siente generalmente). La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado, también consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. El instrumento proporciona puntuaciones T normalizadas y percentil para valorar el rango de ansiedad presentado.

VIII. RESULTADOS

PUNTUACIONES DEL IDARE OBTENIDAS POR LA EVALUACION.

	CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN T	PERCENTIL
ANSIEDAD-ESTADO	37	27	59
ANSIEDAD-RASGO	56	48	89

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La ansiedad como ESTADO (condición emocional transitoria) se encuentra en un nivel medio, con una puntuación de 37 y un percentil de 59. Lo que indica que la ansiedad – estado que presenta la consultante es media. La ansiedad-estado es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo. Este tipo de ansiedad puede experimentarse ante un evento estresante. La ansiedad como RASGO (propensión nerviosa relativamente estable) se encuentra en un rango alto con una puntuación de 56 y un percentil de 89, siendo significativa la puntuación para ubicarse en un estado de ansiedad rasgo alto. Se ha encontrado que este tipo de ansiedad denota un característico estilo o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

La puntuación obtenida a través del Inventario de ansiedad rasgo-estado realizada a la paciente y puntúa una calificación 56 ubicando en la escala de esta prueba un rango de ansiedad-rasgo alto. Así mismo, considerando lo valorado en la entrevista e historia clínica y cumpliendo con los criterios del DSM V; se concluye de forma probable que la paciente describe síntomas asociados

a un trastorno de estrés agudo DSM V: 308.3 (F43.0) Con la realización de este trabajo se permite concluir que el evaluado demuestra en la escala ansiedad-estado una calificación de 37 ubicándose en el rango promedio. En cuanto a ansiedad-rasgo presenta una calificación de 56 lo cual lo ubica en un nivel superior al promedio (Alto) lo cual indica que se presentan una tendencia responder a situaciones percibidas como amenazantes y con las elevaciones de intensidad del estado. Lo que coincide con lo reportado por el consultante durante las sesiones terapéuticas.

Cierre del informe psicológico

La anterior información no es de carácter conclusivo, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.



María Alejandra Ariza Rojas

Psicóloga en Formación

Practicante Especialización Psicología

Clínica IPS UPB



Abdón Ribero

Psicólogo Encargado de la IPS UPB

T.P: 116074



Jairo Ávila Lázaro

Supervisor de Práctica.

Reg. No.

Apéndice G. Inventario Clínico Multiaxial de Millón**INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PRE
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMII-II)**

Bucaramanga, 14 septiembre de 2018

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:	G.M.B
Edad al momento de la evaluación:	45 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Bucaramanga,
Sexo:	Femenino
Escolaridad:	Primaria
Ocupación:	Cuidador adulto mayor

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del psicólogo en formación:	María Alejandra Ariza Rojas
Centro donde se realiza la investigación:	CPS Piedecuesta
Fecha de inicio del proceso de evaluación:	14 septiembre de 2018
Fecha de finalización del proceso de evaluación:	14 septiembre de 2018

3. PROCESO DE EVALUACIÓN.

En el proceso de evaluación se realizó durante las dos primeras sesiones del registro de historia clínica, permitiendo conocer antecedentes médicos, psicológicos, situaciones personales, familiares y laborales. Así como el historial de la situación, intentos por solucionarlos y percepción del usuario frente a este.

Durante la tercera sesión, se efectuó la implementación del instrumento y aplicación del inventario clínico multiaxial de millón (MCMI-II), el cual tiene como objetivo medir problemas emocionales, conductuales e interpersonales; el inventario consta de 175 ítems que evalúa 11 escalas básicas: Patrones: clínicos de personalidad, 3 rasgos patológicos: patología clínica de la personalidad, 7 síndromes de gravedad moderada: síndromes clínicos, 3 síndromes de gravedad severa: síndromes clínicos graves y 4 escalas de control: escalas modificadores.

4. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

La paciente GMB llega puntual a la consulta, ingresa por sus propios medios, se muestra tranquila actitud de interés y colaboración ante la evaluación, se evidencia orientado auto psíquicamente y alopsíquicamente, establece contacto visual y verbal de normal, arreglo y presentación personal de acuerdo a la circunstancia y congruente con la edad cronológica.

5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

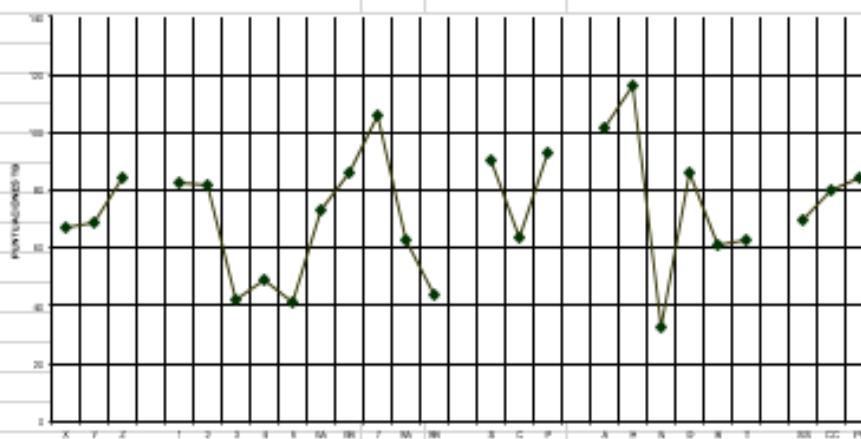
Inventario clínico multiaxial de millón (MCMI-II)

1	Nombre del paciente:	GMB	
2	Edad:	45	
3	Fecha:	29/09/2018	
4	Evaluador:	MAAR	
5			
6			
7	Variable	P.D.	Total T.B.
8			
9	V-Validez	0	Test Válido en V Test Válido en X
10			
11	X-Sinceridad	429	67
12	Y-Deseabilidad	14	69
13	Z-Alteración	31	84
14	1-Esquizoide	27	83
15	2-Fóbica (Evitativa)	38	82
16	3-Dependiente	29	42
17	4-Histriónica	27	49
18	5-Narcisista	29	41
19	6A-Antisocial	29	73
20	6B-Agresivo/Sádica	39	86
21	7-Compulsiva (Rígida)	46	106
22	8A-Pasivo/agresiva (Negativista)	38	63
23	8B-Autodestructiva (Masoquista)	24	44
24	S-Esquizotípica	31	91
25	C-Límite (Bordeline)	41	64
26	P-Paranoide	36	93
27	A-Ansiedad	31	102
28	H-Histeriforme/Somatoforme	37	117
29	N-Hipomanía	20	33
30	D-Neurosis depresiva-distimia	39	87
31	B-Abuso de alcohol	22	61
32	T-Abuso de drogas	29	63
33	SS-Pensamiento psicótico	19	70
34	CC-Depresión mayor	34	80
35	PP-Delirios psicóticos	16	84
36			

37 **Nota:**
38 Interprete cuando lea Test Válido en V y en X.

40 **TEST DE MILLON (MCMII-II)**

42 Perfil del MCMII-II



1	Variable	T.B.		
2				
3	X	67		
4	Y	69		
5	Z	84		
6			TEST DE MILLON - MCMI-II	
7	1	83		
8	2	82		
9	3	42	DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
10	4	49		
11	5	41	GMB	
12	6A	73		
13	6B	86		
14	7	106		
15	8A	63		
16	8B	44		
17				
18	S	91		
19	C	64	Evaluador:	
20	P	93	MAAR	
21				
22	A	102		
23	H	117		
24	N	33		
25	D	87		
26	B	61		
27	T	63		
28				
29	SS	70		
30	CC	80		
31	PP	84		
32				

32				
33	Interpretación de los Resultados			
34				
35	Esquizoide	Distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional		
36	Fóbica	Inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa		
37	Dependiente	No Significativo		
38	Histriónica	No Significativo		
39	Narcisista	No Significativo		
40	Antisocial	No Significativo		
41	A-Sádica	Patrón hostil, agresivo, abusador y destructivo		
42	Compulsiva	Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia		
43	P- Agresiva	No Significativo		
44	Masoquista	No Significativo		
45				
46	Esquizotípica	Patrón descompensado		
47	Límite	No significativo		
48	Paranoide	Patrón descompensado		
49				
50	Ansiedad	Trastorno severo		
51	Somatización	Trastorno severo		
52	Hipomanía	No Significativo		
53	Distimia	Trastorno severo		
54	A. Alcohol	Significativo		
55	A. Drogas	Significativo		
56				
57	P. Psicótico	No significativo		
58	Depresión M	Posible Depresión Mayor		
59	T. Delirante	Posible Perturbación Psicótica		
60				

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Los resultados del cuestionario son válidos, la escala de sinceridad denota que el paciente no minimiza ni exagera síntomas.

7. CONCLUSIONES

En la prueba de Personalidad de Millón II arrojó en la escala de *patrones clínicos de la personalidad*, un indicador de 83 en el patrón esquizoide, esto se asocia al distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional, en el patrón de fóbica con un indicador 82 evitativa, inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, esto se debe a la dificultad de relacionarse y establecer relaciones con las personas que se encuentran a su alrededor, a la inseguridad y bajo autoestima, el patrón A- sádica patrón hostil, agresivo, y destructivo tiene un indicador de 86 se debe a las reacciones frente a situaciones de conflicto con su pareja y la cual se encuentra irritable frente el evento estresante, igualmente se debe a sus pensamientos irracionales frente a la situación vivida y su sintomatología, en el patrón de compulsivo con un indicador 106 este patrón se asocia a control excesivo por el orden y perfeccionismo. Por último en la escala de *síndromes clínicos graves* presenta un elevado indicador de 89 posible depresión mayor esto puede estar asociado a la sintomatología y a sus antecedentes familiares (hermana). Todo esto también se asocia a las características de comportamientos que limitan las dificultades cotidianas.

Con la realización de las pruebas se permite concluir que el evaluado está presentando pensamientos irracionales y sintomatología física y psicológica por la situación estresante que vivió con el familiar cercano (Sobrina) además debido a su personalidad introvertida, ansiosa, insegura, sumisa la paciente responder a situaciones percibidas como amenazantes y generando

una preocupación excesiva por diversas situaciones, deteriorando su salud física y mental y afectando importantes áreas del funcionamiento como familiar, laboral y social.

Considerando lo valorado como el dialogo abierto, la observación conductual, historia clínica y cumpliendo con los criterios del DSM V; se puede concluir que el paciente describe síntomas asociados a un Trastorno de estrés agudo DSM V: 308.3 (F43.0) que posiblemente si los síntomas persisten más de un mes puede generar un trastorno de estrés postraumático.

8. CIERRE DE INFORME PSICOLÓGICO.

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.




María Alejandra Ariza Rojas

Psicóloga en Formación

Practicante Especialización Psicología

Clínica IPS UPB



Abdón Ribero

Psicólogo Encargado de la IPS UPB

T.P: 116074



Jairo Ávila Lázaro

Supervisor de Práctica.

Reg. No.

Apéndice H. Inventario de estrategias de afrontamiento CSI**INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PRE INVENTARIO DE ESTRATEGIAS
DE AFRONTAMIENTO CSI**

Bucaramanga, 14 septiembre de 2018

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:	G.M.B
Edad al momento de la evaluación:	45 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Bucaramanga,
Sexo:	Femenino
Escolaridad:	Primaria
Ocupación:	Cuidador adulto mayor

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del psicólogo en formación:	María Alejandra Ariza Rojas
Centro donde se realiza la investigación:	CPS Piedecuesta
Fecha de inicio del proceso de evaluación:	14 septiembre de 2018
Fecha de finalización del proceso de evaluación:	14 septiembre de 2018

3. PROCESO DE EVALUACIÓN.

Durante la cuarta sesión se continuo con la aplicación del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) la cual el inventario se divide en dos partes, la primera consiste en describir detalladamente una situación estresante que haya vivido recientemente y la segunda parte consiste

en responder 40 ítems, tipo Likert de cinco puntos que mide el grado de utilización de las 8 estrategias de afrontamiento en la situación relatada anteriormente.

4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD	2	2	1	17	1	0	0	7
PC	2	40	5	80	3	2	5	80
Complementar por el evaluador								

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

AUT: Autocrítica: la paciente presenta pensamiento y comportamientos de autocrítica ya que se juzga así misma por ser incapaz de involucrarse en actividades cotidianas ya que se siente insegura de su capacidad para afrontar la vida, Es decir, el temor a equivocarse la conduce a dejar de involucrarse en las actividades de su vida, ya que piensa si las llevan a cabo y cometen errores se siente frustrada y se evalúan a sí mismos con gran dureza y reprobación, presenta sentimientos de inferioridad, culpa y fracaso.

PSD: Pensamiento desiderativo: le impide a la paciente ver las evidencias de los acontecimientos que pasan a su alrededor, siempre coloca cualquier obstáculo al realizar alguna actividad cotidiana.

REC: Reestructuración cognitiva: la paciente se encuentra presentando pensamiento desadaptativos a causa del acontecimiento estresante que vivió además su conducta y sus reacciones físicas influyen entre sí y contribuyen a mantener los pensamientos.

RES: Retirada social: en el ámbito interpersonal la paciente es aislada y hostil. Es decir, evita el contacto con los demás para no sentirse inferior. Todo esto se asocia a las características de comportamientos que limitan las dificultades cotidianas.

6. CONCLUSIONES

Con la realización de las pruebas se permite concluir que el evaluado está presentando pensamientos irracionales y sintomatología física y psicológica por la situación estresante que vivió con el familiar cercano además debido a su personalidad introvertida, ansiosa, insegura, sumisa la paciente responder a situaciones percibidas como amenazantes y generando una preocupación excesiva por diversas situaciones, deteriorando su salud física y mental y afectando importantes áreas del funcionamiento como familiar, laboral y social.

Considerando lo valorado como el dialogo abierto, la observación conductual, historia clínica y cumpliendo con los criterios del DSM V; se puede concluir que el paciente describe síntomas asociados a un Trastorno de estrés agudo DSM V: 308.3 (F43.0) que posiblemente si los síntomas persisten más de un mes puede generar un trastorno de estrés postraumático.

7. CIERRE DE INFORME PSICOLÓGICO.

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

Alejandra Ariza

María Alejandra Ariza Rojas

Psicóloga en Formación

Practicante Especialización Psicología

Clínica IPS UPB

Abdón Ribero

Abdón Ribero

Psicólogo Encargado de la IPS UPB

T.P: 116074




Jairo Ávila Lázaro

Supervisor de Práctica.

Reg. No.

Apéndice I. Formato de remisión

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p>CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA PIEDECUESTA</p> <p>FORMATO DE REMISIÓN</p>
---	--

NOMBRE	Glady's Mendoza Bueno
FECHA	14 septiembre 2018
EDAD	44

REMITIDO A:	Hospital Psiquiátrico San Camilo
ANTECEDENTES:	Paciente que hace 2 semanas se esta automedicando con Neurexan ya que esta presentando sintomas de angustia, intranquilidad, insomnio, perdida de apetito, presion en el pecho causado por un evento fuerte y traumatico.
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	Sintomatologia ansiosa exacerbada, probablemente asociada a un trastorno de estres posttraumatico

Alejandra Ariza.
PSICOLOGA
T.P No. 154411

Apéndice J. Formula medica psiquiátrica

Lucy B. Manosalva Ortiz

Médica especialista en Psiquiatría
Médica especialista en Epidemiología
UIS - Universidad el Bosque
REGISTRO MEDICO 206/91 DE SSS

Fecha: 21/09/2018
Nombre: GLADYS MENDOZA BUENO
Identificación: 63510228

- * FLUOXETINA POR 20 MG CAPSULAS--MK -- # 60
1 AL DESAYUNO -- NO SUSPENDER POR NINGUN MOTIVO
- * CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUCIÓN ORAL-- COQUAM # 1
2 GOTAS A LAS 9 DE LA NOCHE EL PRIMER MES Y EL SEGUNDO MES PASAR A 1 GOTAS A LAS 9 DE LA NOCHE



NO PERMITA QUE LE CAMBIEN SU
FÓRMULA MÉDICA

Centro Médico Carlos Ardila Lülle Torre B Piso 9 Modulo 60- Consultorio 908- Directo 6390394
Pbx. 6384160 Ext 1928- Cel. 3186954613 - 3103223673 Floridablanca - Colombia

Dr. Lucy B. Manosalva O
Médica Psiquiatra
Epidemióloga
Reg. Med. 206/91 S.S.S.
Dr. Lucy B. Manosalva Ortiz

Apéndice K. Autorregistro de conducta

AUTORREGISTRO DE CONDUCTA

FECHA/HORA	SITUACION 1. Describa lo que ha pasado. 2. Lo que estaba haciendo, pensando o imaginando	PENSAMIENTO AUTOMATICO 1. Escriba que pensamientos ha tenido 2. Valore cuanto ha creído en cada uno de ellos (0-100%)	EMOCION Valore la intensidad de cada emoción (0-100)	CONDUCTA 1. Especifique lo que hace 2. Cuánto dura su conducta 3. Qué consecuencias tiene su comportamiento y que pasa después?
	<p>He PENSADO mucho EN mi sobrina desde que se fue para El pueblo</p> <p>Fue un domingo mi esposo se puso tomar y discutimos por que no me gusta que tome en la casa</p>	<p>He PENSADO que se vuelva a repetir tengo miedo que se vuelva hacer daño o que empiese a consumir drogas</p> <p>Pence que no le importo</p>	<p>Siento miedo tristeza angustia intranquilidad.</p> <p>60% 70% 50% 40%</p> <p>rabia 40% llanto 30% angustia 20%</p>	<p>En ese momento lo que hice fue hablar con ella darle consejos para que no se vuelva hacer daño</p> <p>mi comportamiento fue peliar por el toma seguido.</p>

Apéndice L. Registro de relajación

Registro de relajación. Opcional

- Practica la relajación en un lugar tranquilo, silencioso y con temperatura agradable (al principio, siguiendo las instrucciones de una grabación).
- Al acabar cada práctica, anota en este registro el día y hora en que la has llevado a cabo y rellena las otras casillas evaluando entre 0 (nula) y 10 (máxima).

Día	Hora	Concentración (0-10)	Grado de relajación (0-10)		
			Antes	Durante	Después
Miércoles	7:30	6	4	7	9
Jueves	6:00	7	5	8	9
Domingo	7:00	7	5	9	9
Martes	5:00	8	6	9	10
Viernes	8:00	9	7	10	10
Miércoles	6:30	10	8	10	10
Domingo	5:00	10	8	10	10
Lunes	4:30	10	9	10	10
Jueves	6:00	10	9	10	10
Sábado	7:00	10	9	10	10

Apéndice M. Modelo ABC Albert Ellis

MODELO ABC ALBERT ELLIS

Acontecimiento activador Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de comportamiento (C)
Pasar por un baño	Cada vez que mi sobrina entra a un baño pienso q se va a cortar	Preocupada, intranquila, angustiada, llamo a mi sobrina
Cuando me voy a dormir	Yo estoy aquí bien y a mi sobrina le puede estar pasando algo	Me siento angustiada preocupada dolor de cabeza y no duermo
Mi esposo me dice que hablemos por que necesito ayuda	El no me entiende y cree que estoy enferma	Me da rabia, pero me siento frustrada, grito tiro la cosa no hablo con mi esposo

Apéndice N. Ejercicios para identificar situaciones, pensamiento, emoción y conductas

EJERCICIO PARA IDENTIFICAR SITUACIONES, PENSAMIENTOS, EMOCIONES Y CONDUCTAS
 Clasifico los siguientes elementos/ poniendo una cruz en las columnas correspondientes

ELEMENTOS	A SITUACION	B PENSAMIENTO	C EMOCION	D CONDUCTA
MIEDO			X	
NO LE IMPORTO		X		
RABIA			X	
SE VA A REPETIR		X		
EN MI CASA HABLO CON MI SOBRINA	X			
DISCUTIMOS POR QUE NO ME GUSTA QUE TOME EN LA CASA		X		X
ANTES DE IRME A DORMIR	X			
TRISTEZA			X	
SEGURO QUE VOLVERA A PASAR		X		

Apéndice O. (Modelo cognitivo-conductual de los paradigmas de aprendizaje cognitivos de Bas, F., 1997)

EJERCICIO DE IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS, CREENCIAS INTERMEDIAS E IDEAS CENTRALES

Conviene aprender a diferenciar las creencias centrales, los tres tipos de creencias intermedias (valoraciones, suposiciones y reglas) y los pensamientos automáticos. Clasifica los siguientes elementos, poniendo una cruz en las columnas correspondientes. Considera pensamientos automáticos solamente a los elementos que no puedan clasificarse ni como ideas centrales ni como creencias intermedias.

	a. Idea central o nuclear	b. Creencia intermedia	c. Creencia intermedia		Reglad. Creencia intermedia	e. pensamiento automático
			Suposición	Reglad.		
			+	-		
Es horrible sentir que no le importo a mi esposo						X
Si busco ayuda mejorare					X	
Debo evitar comunicarme con mi sobrina					X	
He pensado que se vuelva a repetir						X
Me irrita ver a mi esposo tomando en la casa	X					
Soy de pocos amigos	X					
Si me esfuerzo, todo cambiara				X		
Es horrible sentirme mal		X				

Apéndice P. Hoja de debate de pensamientos (Basado en la Reestructuración Cognitivo-
Conductual-Sistemática de Bas y Andrés, 1986.)

Hoja de debate de pensamientos y reestructuración cognitiva

(Basado en la RCCS de Bas y Andrés, 1986)

Nombre: Gladys Mendoza B Fecha: 30 NOV 2/8

<p>Pensamiento</p> <p>Siempre que me voy a dormir pienso que mi sobrina se puede volver a cortar en cualquier momento</p> <p>¿Por qué es importante para mí? ¿Qué significa para mí?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por que me siento responsables, yo lo cuidaba cuando era pequeña y me e distanciado de ella - eso para mi es frustrante, el no saber como manejar la situacion
<p>Grado de creencia (0-100) antes del debate: <u>90%</u></p> <p>Grado de creencia (0-100) después del debate: <u>90%</u></p>

<p>PROCESO DE DEBATE</p>
<p>Distorsiones cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pienso que cada vez que mi sobrina entra a un baño se va a cortar - el mundo es peligroso para los jovenes - me siento responsables por no estar mas pendiente de mi sobrina

Ideas irracionales:

me siento culpable por no estar mas pendiente de mi sobrina

VALIDEZ DE ESTE PENSAMIENTO

Hechos a favor de este pensamiento

mi esposo me dice que desde que se presento la situacion con mi sobrina cambie mi comportamiento en la casa dice que soy amargada y que me he vuelto nerviosa

Hechos en contra de este pensamiento

El echo de que yo me he sentido mal por la situacion no quiere decir que este amargada todo el tiempo

-Ninguno	Inconvenientes
PENSAMIENTO ALTERNATIVO Y GRADO DE CREENCIA (0-100)	
<ul style="list-style-type: none">- es normal preocuparme porque es mi sobrina y yo la quiero mucho 80%- ahora soy consciente que debo poner de mi parte para poder dormir bien 85%- ahora entiendo a mi esposo ya que el se preocupa por mi 90%	
Este pensamiento me lo creo en un %	

CÓMO ME SIENTO AHORA

Me siento mas tranquila reconozco que esta situacion me llevo a exagerar las cosas

- Pienso que ante no estava poniendo de mi parte por mi forma de actuar y el hablar de la situacion me sirvio bastante estoy mas tranquila

¿QUÉ PUEDO HACER ENTONCES?

- Puedo estar en contacto con mi sobrina sin necesidad de sentirme responsable
- no llamar a mi sobrina todos los días sino una sola vez a la semana cada ocho días o quince días como forma de saber que esta bien y estar tranquila
- no preocuparme por cosas que no son reales para poder consiliar el sueño
- comunicarme con mi pareja para expresales los que pienso y siento y así mejorar la relación con el

Apéndice Q. D'Zurilla y Goldfried (1971) establecieron cinco fases para el entrenamiento específico de solución de problemas

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Definición del problema	Llamo a mi sobrina todos los días
Establecimiento de objetivos	Reducir el número de llamadas a mi sobrina
Soluciones alternativas	llamar a mi sobrina cada ocho días o quince días
Toma de decisiones	No llamar tanto a mi sobrina se que estaré bien con el cuidado de mi hermana
Implementación de solución y verificación	lleve a cabo todo lo escrito solo llame a mi sobrina cada quince días para saber como está

Definición del problema	Disuto con mi Pareja
Establecimiento de objetivos	mejorar la relación y comunicación con mi esposo
Soluciones alternativas	ser asertiva con mi esposo hablar en el momento adecuado dialogar, expresar como me siento y pienso con mi esposo una relación amorosa buscar soluciones
Toma de decisiones	cada vez que mi esposo me diga algo escucho y dialogar
Implementación de solución y verificación	el martes hable con mi esposo, pude expresar lo que pensaba y sentía me escucho y no discutimos como ante me sentí tranquila

Definición del problema	Consiliar el sueño
Establecimiento de objetivos	Lograr aumentar las horas de sueño
Soluciones alternativas	estar tranquila ante de irme a dormir Reemplazar el pensamiento negativo que tengo por uno positivo aplicar las técnicas de relajación aprendidas establecer una hora fija para ir a dormir
Toma de decisiones	Llevar a cabo todo lo escrito y hacerlo
Implementación de solución y verificación	el jueves realice la técnica de relajación estaba tensionada por el día de trabajo no tuve pensamiento negativo ahora me estoy durmiendo a la 9.00 de la noche he podido dormir bien

Apéndice R. Post- aplicación prueba IDARE



IDARE
Inventario de Autoevaluación
por

SXE

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: Gladys Mendoza Bueno Fecha: 14 diciembre

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④ <input checked="" type="checkbox"/>
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④ <input checked="" type="checkbox"/>
3. Estoy tenso(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④ <input checked="" type="checkbox"/>
6. Me siento alterado(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	<input checked="" type="checkbox"/>	④
9. Me siento ansioso(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④ <input checked="" type="checkbox"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④ <input checked="" type="checkbox"/>
12. Me siento nervioso(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④ <input checked="" type="checkbox"/>
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	<input checked="" type="checkbox"/>	④
17. Estoy preocupado(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④ <input checked="" type="checkbox"/>
20. Me siento bien	①	②	③	④ <input checked="" type="checkbox"/>

D.R. © 1980 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V. Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR. 0412



Apéndice S. Post- aplicación prueba Millón II- Hoja de respuestas.

TEST DE MILLON - (MCMII-II)

Nombre y apellidos: Gladya Mendoca Bueno Post test
 Edad: 45 Fecha: 14 diciembre

	V	F
1	X	
2	X	X
3	X	X
4	X	X
5	X	X
6	X	X
7	X	X
8	X	X
9	X	X
10	X	X
11	X	X
12	X	X
13	X	X
14	X	X
15	X	X
16	X	X
17	X	X
18	X	X
19	X	X
20	X	X
21	X	X
22	X	X
23	X	X
24	X	X
25	X	X
26	X	X
27	X	X
28	X	X
29	X	X
30	X	X
31	X	X
32	X	X
33	X	X
34	X	X
35	X	X
36	X	X
37	X	X
38	X	X
39	X	X
40	X	X
41	X	X
42	X	X
43	X	X
44	X	X
45	X	X
46	X	X
47	X	X
48	X	X
49	X	X
50	X	X

	V	F
51	X	X
52	X	X
53	X	X
54	X	X
55	X	X
56	X	X
57	X	X
58	X	X
59	X	X
60	X	X
61	X	X
62	X	X
63	X	X
64	X	X
65	X	X
66	X	X
67	X	X
68	X	X
69	X	X
70	X	X
71	X	X
72	X	X
73	X	X
74	X	X
75	X	X
76	X	X
77	X	X
78	X	X
79	X	X
80	X	X
81	X	X
82	X	X
83	X	X
84	X	X
85	X	X
86	X	X
87	X	X
88	X	X
89	X	X
90	X	X
91	X	X
92	X	X
93	X	X
94	X	X
95	X	X
96	X	X
97	X	X
98	X	X
99	X	X
100	X	X

	V	F
101	X	X
102	X	X
103	X	X
104	X	X
105	X	X
106	X	X
107	X	X
108	X	X
109	X	X
110	X	X
111	X	X
112	X	X
113	X	X
114	X	X
115	X	X
116	X	X
117	X	X
118	X	X
119	X	X
120	X	X
121	X	X
122	X	X
123	X	X
124	X	X
125	X	X
126	X	X
127	X	X
128	X	X
129	X	X
130	X	X
131	X	X
132	X	X
133	X	X
134	X	X
135	X	X
136	X	X
137	X	X
138	X	X
139	X	X
140	X	X
141	X	X
142	X	X
143	X	X
144	X	X
145	X	X
146	X	X
147	X	X
148	X	X
149	X	X
150	X	X

	V	F
151	X	X
152	X	X
153	X	X
154	X	X
155	X	X
156	X	X
157	X	X
158	X	X
159	X	X
160	X	X
161	X	X
162	X	X
163	X	X
164	X	X
165	X	X
166	X	X
167	X	X
168	X	X
169	X	X
170	X	X
171	X	X
172	X	X
173	X	X
174	X	X
175	X	X

Apéndice T. A continuación, se muestra los resultados

Pre- Inventario Clínico Multiaxial de Millón II

1	Nombre del paciente:	GMB		
2	Edad:	45		
3	Fecha:	29/09/2018		
4	Evaluador:	MAAR		
5				
6				
7	Variable	P.D.	Total T.B.	
8				
9	V-Validez	0		Test Válido en V Test Válido en X
10				
11	X-Sinceridad	429	67	
12	Y-Deseabilidad	14	69	
13	Z-Alteración	31	84	
14	1-Esquizoide	27	83	
15	2-Fóbica (Evitativa)	38	82	
16	3-Dependiente	29	42	
17	4-Histriónica	27	49	
18	5-Narcisista	29	41	
19	6A-Antisocial	29	73	
20	6B-Agresivo/Sádica	39	86	
21	7-Compulsiva (Rígida)	46	106	
22	8A-Pasivo/agresiva (Negativista)	38	63	
23	8B-Autodestructiva (Masoquista)	24	44	
24	S-Esquizotípica	31	91	
25	C-Límite (Bordeline)	41	64	
26	P-Paranoide	36	93	
27	A-Ansiedad	31	102	
28	H-Histeriforme/Somatoforme	37	117	
29	N-Hipomanía	20	33	
30	D-Neurosis depresiva-distimia	39	87	
31	B-Abuso de alcohol	22	61	
32	T-Abuso de drogas	29	63	
33	SS-Pensamiento psicótico	19	70	
34	CC-Depresión mayor	34	80	
35	PP-Delirios psicóticos	16	84	
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				

Interpretación de los Resultados	
35	Esquizoide Distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional
36	Fóbica Inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa
37	Dependiente No Significativo
38	Histriónica No Significativo
39	Narcisista No Significativo
40	Antisocial No Significativo
41	A-Sádica Patrón hostil, agresivo, abusador y destructivo
42	Compulsiva Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia
43	P-Agresiva No Significativo
44	Masoquista No Significativo
45	
46	Esquizotípica Patrón descompensado
47	Límite No significativo
48	Paranoide Patrón descompensado
49	
50	Ansiedad Trastorno severo
51	Somatización Trastorno severo
52	Hipomanía No Significativo
53	Distimia Trastorno severo
54	A. Alcohol Significativo
55	A. Drogas Significativo
56	
57	P. Psicótico No significativo
58	Depresión M Posible Depresión Mayor
59	T. Delirante Posible Perturbación Psicótica
60	

Post-inventario de Personalidad Millón II.

1	Nombre del paciente:	GMB		
2	Edad:	45		
3	Fecha:			
4	Evalúador:	MAAR		
5				
6				
7	Variable	P.D.	Total T.B.	
8				
9	V-Validez	0		Test Válido en V
10				Test Válido en X
11	X-Sinceridad	322	55	
12	Y-Deseabilidad	9	21	
13	Z-Alteración	12	33	
14	1-Esquizoide	26	81	
15	2-Fóbica (Evitativa)	27	56	
16	3-Dependiente	26	29	
17	4-Histriónica	15	10	
18	5-Narcisista	23	21	
19	6A-Antisocial	24	53	
20	6B-Agresivo/Sádica	28	50	
21	7-Compulsiva (Rígida)	43	98	
22	8A-Pasivo/agresiva (Negativista)	26	30	
23	8B-Autodestructiva (Masoquista)	10	11	
24	S-Esquizotípica	23	72	
25	C-Límite (Bordeline)	22	26	
26	P-Paranoide	22	40	
27	A-Ansiedad	6	37	
28	H-Histeriforme/Somatoforme	7	23	
29	N-Hipomanía	10	6	
30	D-Neurosis depresiva-distimia	19	51	
31	B-Abuso de alcohol	13	19	
32	T-Abuso de drogas	19	25	
33	SS-Pensamiento psicótico	7	18	
34	CC-Depresión mayor	8	22	
35	PP-Delirios psicóticos	9	39	
36				
37	Nota:			
38	Interprete cuando lea Test Válido en Y y en X.			
39				

