



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



**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN ESCRITA DEL
EXAMEN DEL GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

PROBLEMA:

CARACTERIZACION DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS EN
PACIENTE DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS "DIAL RIOS" DEL
CANTON VINCES, PROVINCIA DE LOS RIOS.

AUTOR:

JOSE GERMAN HERRERA LIBERIO

TUTOR:

PSI. LINNIN MANCHENO MSC.

BABAHOYO - 2020

RESUMEN

Las distorsiones cognitivas, son desajustes en la percepción de la realidad, en donde la persona decodifica de manera intensa y errónea los estímulos externos, los evalúa por medio de esquemas o creencias que ha aprendido mediante el trascurso de su vida y si no se intervienen a tiempo, la persona puede desarrollar un trastorno psicológico. El estudio de caso se direcciona en analizar, como las distorsiones cognitivas afectan el estado tanto físico, psicológico y social en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, que tengan características de estos desajustes perceptivos de la realidad o de eventos que ellos viven a lo largo de su vida. Estas distorsiones van acompañadas de síntomas como crisis de nervios, miedo intenso, inestabilidad emocional, conducta evitativas, poca concentración. Por medio de este proceso investigativos tenemos en conclusión, que existen factores que se presentan a continuación, pueden convertirse en desventajas e incrementar la intensidad de estas distorsiones cognitivas, también que la familia tiene un rol importante que ejercer en la prevención de estas problemáticas psicológicas, junto con el personal médico clínico de las diferentes unidades de Hemodiálisis.

Palabras Claves: Psicología, Distorsiones, Trastorno, Cognitiva, Síntomas, Caso, Estudio, Hemodiálisis, Tratamiento.

ABSTRACT

Cognitive distortions are misalignments in the perception of reality, where the person intensely and erroneously decodes external stimuli, evaluates them through schemes or beliefs that he has learned throughout his life and if they do not intervene to time, the person may develop a psychological disorder. The case study is aimed at analyzing how cognitive distortions affect the physical, psychological and social state in patients undergoing hemodialysis treatment, who have characteristics of these perceptual imbalances of reality or of events that they experience throughout their life. lifetime. These distortions are accompanied by symptoms such as nervous breakdowns, intense fear, 3 emotional instability, avoidance behavior, poor concentration. Through this investigative process, we have in conclusion that there are factors that are presented below, they can become disadvantages and increase the intensity of these cognitive distortions, also that the family has an important role to play in the prevention of these psychological problems, together with the clinical medical staff of the different Hemodialysis units

Key Words: Psychology, Distortions, Disorder, Cognitive, Symptoms, Case, Study, Hemodialysis, Treatment, etc.

INDICE

Resumen	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVO GENERAL	3
SUSTENTO TEÓRICO	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	8
Situaciones detectadas	16
Soluciones planteadas.....	19
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA	24

INTRODUCCION

El estudio de caso que se presenta a continuación, es sobre la caracterización de las distorsiones cognitivas en un paciente de 41 años de edad, que se realiza tratamiento de hemodiálisis en la ciudad del cantón Vinces y como estas distorsiones afectan su vida de manera general.

Las distorsiones cognitivas, son desajustes en la percepción de la realidad, en donde la persona decodifica de manera intensa y errónea los estímulos externos, y los evalúa por medio de esquemas o creencias que ha aprendido mediante el trascurso de su vida y si no se intervienen a tiempo, la persona puede desarrollar un trastorno psicológico.

Este estudio de caso está sujeto a una línea de investigación de Asesoramiento psicológico, con una sublínea de investigación en Asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional. Lo primordial en este desarrollo, es identificar la caracterización y personificación de las distorsiones cognitivas y edificar un plan terapéutico acorde a las distorsiones identificadas.

Realizamos la intervención psicológica mediante la modalidad de tele asistencia, un método novedoso y practico que se desarrolló debido a las exigencias del medio, en efecto de la pandemia y estado de confinamiento. En donde se aplicaron técnicas y estrategias para recolección de datos para realizar el psicodiagnóstico, el cual nos dio como resultado, un trastorno de ansiedad específica y continuamente a un tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual.

Por medio de este proceso investigativo tenemos en conclusión que existen factores que pueden convertirse en desventajas e incrementar la intensidad de estas distorsiones cognitivas, también que la familia tiene un rol importante que ejercer en la prevención de estas problemáticas psicológicas, junto con el personal médico clínico de las diferentes unidades de Hemodiálisis.

JUSTIFICACIÓN

El estudio de caso se direcciona en analizar, como las distorsiones cognitivas afectan el estado tanto físico, psicológico y social en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, que tengan características de estos desajustes perceptivos de la realidad o de eventos que ellos viven a lo largo de su vida. Estas distorsiones van acompañadas de síntomas como crisis de nervios, miedo intenso, inestabilidad emocional, conducta evitativas, poca concentración.

En consecuencia a lo anterior, se consideró importante estudiar el caso de una persona que presenta síntomas de ansiedad, y saber de qué manera abordarlo y desarrollar las estrategias psicoterapéuticas adecuadas para que haya una mejoría a nivel general de los contextos del paciente y sobre todo en la etapa que atraviesa con su tratamiento de hemodiálisis.

Los beneficiarios de esta investigación son los siguiente; como beneficiario directo tenemos al paciente y como beneficiarios indirectos tenemos a las personas que rodean e interactúan a diario con el paciente (amistades, familia, vecinos, etc.) y sus distintas áreas en donde este se desenvuelve, desarrollando un ambiente de tranquilidad y equilibrio emocional, mediante la práctica de las técnicas terapéuticas aplicadas en el paciente.

El impacto será de aspecto positivo, porque contribuirá a la estabilidad psíquica, física y social del paciente, también aportara a futuras investigaciones con intereses de abordar estas problemáticas y conocer como estas evolucionan dentro del contexto de estas instituciones de salud, y que en estos tiempos de pandemia haya una importancia significativa de obtener más datos relevantes de estos hechos, y contribuir con estos trabajos investigativos, como guía base para la realización de planificaciones e intervenciones en salud mental eficaces en las distintas unidades de hemodiálisis de la Provincia de los Ríos.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la caracterización de las distorsiones cognitivas en paciente de la Unidad de Hemodiálisis "Dial Ríos" del Cantón Vinces, Provincia de los Ríos.

SUSTENTO TEÓRICO

Distorsiones cognitivas

De acuerdo con Beck; citado en (Mosqueda, 2017) La TCC propone que, son nuestras interpretaciones de la realidad, y no los meros hechos, los que determinan nuestras emociones, sentimientos y conducta. Si se interpreta la realidad de forma distorsionada, se desencadenarán emociones y sentimientos negativos, por ejemplo sentimientos de ansiedad, ira, depresión, por un lado y por el otro, las acciones derivadas serán desadaptativas (p.220).

Los autores definen a las distorsiones en base a las conceptualizaciones de la TCC, donde propone que la percepción de nuestros contextos es la génesis de nuestros pensamientos, y que una mala interpretación de ese contexto, provocaría una disfunción del pensamiento y como consecuencia de aquello a una conducta no apropiada consecuente de una emoción.

Origen de las distorsiones cognitivas.

De acuerdo con Segal; Sierra; Negrete y Miranda; citado en (Marly, 2013) afirma que de manera general, desde el modelo cognitivo las distorsiones obedecen a una estructura más profunda que se define como esquema cognitivo. Los esquemas son elementos organizados a partir de conductas y experiencias pasadas que conforman un cuerpo de conocimiento y modelan la forma de percibir e interpretar el mundo, incluyendo a la propia persona. Así, pueden definirse de manera concreta como estructuras fuertemente estables que con frecuencia se desarrollan en la niñez y que sirven como pautas para el procesamiento futuro de la información proveniente del mundo y las experiencias del sujeto. (p.89-102)

Según los autores, la cognición se puede decir que son el resultado de la interacción de varias funciones cognitivas simples y complejas, que generaran en nuestras capacidades receptivas, el aprendizaje de las experiencias que tengamos, que a lo largo de nuestra vida iremos sumando en nuestra cognición y que se agruparan en lo que consideran ciertos autores como, esquemas (creencias). Estos esquemas son los que reciben la información, la analizan, la decodifican, dan a las situaciones un significado y significativo e interpretan el contexto de la realidad, dichos esquemas cuando elaboran una mala interpretación de lo percibido por nuestras funciones cognitivas, dan paso a que las distorsiones cognitivas aparezcan.

Según (C.A.T.R.E.C, 2013); los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. El autor menciona que, los pensamientos automáticos son respuestas fugaces, con poca valoración de la razón, que la persona tiene hacia determinadas situaciones, que representen un peligro o una seguridad, y la base para que surjan estos pensamientos es una creencia (esquemas) rígidas.

Clasificación de las distorsiones cognitivas

Según (Caballo, 1998); de la siguiente manera se clasifican las distorsiones cognitivas:

Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Abstracción selectiva: Se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.

Generalización excesiva: Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas.

Magnificación y minimización: Se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.

Personalización: Se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.

Pensamiento absolutista dicotómico: Se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, como) p.ej., bueno-malo. Para describirse a sí mismo, el paciente emplea las categorías del extremo negativo.

Como muestra el autor, las distorsiones cognitivas se pueden clasificar dependiendo el pensamiento y las inferencias que crean las personas de la situación, como es el caso de la personalización, que es donde la persona toma factores del ambiente, los evalúa de acuerdo a sus creencias, y se origina un pensamiento automático, sin antes analizar con detenimiento, las otras posibilidades y valoraciones de dicho acontecimiento.

Tratamiento para las distorsiones cognitivas

Para (Ibáñez-Tarín, 2014) "La TC es un tipo de psicoterapia que resulta efectiva en el tratamiento de los trastornos psicológicos. Se basa en reconocer el pensamiento distorsionado que los origina y aprender a reemplazarlo por ideas sustitutivas más realistas"

El autor refiere que, una de las mejores alternativas en el tratamiento de las distorsiones cognitivas y consigo los trastornos psicológicos que estas pueden con llevar, es la TC, terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual; y que uno de sus principales objetivos de esta terapia es conocer cuál es la génesis de estas distorsiones, como modificarlas y reinsertar ideas más reales.

Los pacientes con ESRD tienen una gran necesidad de servicios psiquiátricos y, a menudo, están desatendidos. El tratamiento individual realizado por

terapeutas consultores "del lado del sillón" en el centro de hemodiálisis es un método novedoso de intervención psicoterapéutica que alivia muchos de los obstáculos de los servicios ambulatorios tradicionales basados en referencias. La TCC promete ser una buena opción de tratamiento para tratar la depresión entre los pacientes con ESRD (Cukor, 2007).

Como menciona este autor, los pacientes con enfermedad renal terminal (ESRD, sus siglas en inglés), muchas veces no son atendidos, y en base aquello se han implementado métodos de atención psicológica individualizada, al momento de que el paciente renal se encuentra dializándose, esto ha dado buenos resultados y aún más verificando la eficacia de la terapias cognitivos conductuales en estas áreas de atención.

Para Schnur, Montgomery y David; citado en (Lega, Sorribes, & Calvo, 2002) alega que, la eficacia de la TREC en la salud ha quedado bien demostrada. Por ejemplo, la TREC reduce la presión arterial en pacientes hipertensivos, mejora la fatiga en pacientes sometidos a la radioterapia contra el cáncer y controla la angustia de pacientes con asma.

Los autores mencionan que:

La Terapia Racional emotivo Conductual ha sido considerada como una de las terapias con una alta eficacia en el tratamiento multidisciplinario de enfermedades orgánicas- físicas y los problemas de carácter psicológico, tanto así que se puede emplear en personas con enfermedades catastróficas y severas como el cáncer e hipertensión arterial.

Enfermedad catastrófica (Insuficiencia renal)

Los riñones sanos filtran la sangre eliminando el exceso de líquido, los minerales y los desechos. Los riñones también producen hormonas que mantienen los huesos fuertes y la sangre sana. Cuando los riñones fallan, los desechos dañinos se acumulan en el cuerpo, la presión arterial puede elevarse y el cuerpo puede retener el exceso de líquido y no producir suficientes glóbulos rojos. Cuando esto ocurre, usted

necesita tratamiento para reemplazar la función de sus riñones porque no funcionan adecuadamente (HEALTH, 2007).

El autor refiere, que los órganos de los riñones son depuradores de toxinas de nuestro organismo (orina, sales y excesos de líquidos), componiéndose también de glándulas secretoras de hormonas para la regulación de sus funcionalidad y esto va relacionado con la presión arterial. En caso de que estos órganos tengan un mal funcionamiento, entra en una desestabilización de funciones principales, como la de expulsar toxinas y de más, se convierte en un peligro para nuestro cuerpo por la acumulación de las mismas, exponiéndonos a serios problemas hipertensivos y hematógenos, se vería también involucrada nuestra energía corporal por la baja producción de sangre y con ella nuestro estado anímico.

Lerma en su artículo sobre Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, menciona que:

Las alteraciones psicológicas son frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRC). Desde la perspectiva teórica cognitivo-conductual, éstas pueden deberse en gran medida a distorsiones cognitivas específicas (DC), que son susceptibles de ser modificadas mediante intervenciones breves (Lerma, 2012).

Este autor hace referencia a que es muy común que existan o se generen en la Psique de los pacientes con insuficiencia renal crónica, pensamientos negativos o distorsionados determinado por una situación, la ventaja es que en gran parte estas distorsiones, pueden ser modificados a través de intervenciones psicológicas breves y prevenir mayormente a que el paciente sufra de algún trastorno psicológico.

Los trastornos de ansiedad más comunes en esta población de pacientes incluyeron fobias específicas y trastornos de pánico (con o sin agorafobia). Los pacientes que cumplían los criterios para un trastorno de ansiedad tenían una percepción más baja de

la calidad de vida medida por la Calidad de vida de la enfermedad renal - Forma corta, en comparación con aquellos sin trastornos de ansiedad (Cohen, 2016).

Como menciona este autor , sustenta que las personas que siguen un tratamiento de hemodiálisis tiende a manifestar trastornos de ansiedad, ya que el proceso de adaptación al tratamiento es complejo, y esto influye mucho en la calidad de vida de ellos, e inciden poco estos trastornos a los que ya están adaptados o no han desarrollado un trastorno psicológico.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Entrevista semi-estructurada

En nuestro proceso de intervención psicológica, se aplicó la entrevista semiestructurada por medio de la modalidad de tele asistencia, este tipo de entrevista está conformada en por preguntas abiertas y cerrada (mixta), en la cual se deben cumplir tres tipos de fases para su eficacia al momento de emplearla. Sus fases son la fase exploratoria, fase resolutive, cierre de la entrevista.

La fase exploratoria constituye abordar las partes de:

Saludo cordial

Establecer el motivo de consulta

Conocer sentimientos y pensamientos que el paciente tiene en base a su problemática.

Exploración de los diferentes contextos en que el interactúa el entrevistado (familia, amigo y ámbito laboral.)

Fase resolutive:

Dar información al paciente, en base a los datos que se recogieron sobre la problemática.

Aseguramos la asimilación del paciente sobre la información que otorgamos.

Apertura al derecho al paciente en tomar una decisión sobre su salud.

Fase negociadora:

Se entra en negociación con el paciente, sobre cómo se llevará a cabo nuestro proceso terapéutico en base al diagnóstico ya obtenido, mediante la información anotada en la historia clínica.

Historia Clínica

La historia clínica es un instrumento, con un formato técnico, en el cual vamos a ir anotando los datos referidos por el paciente, por medio de la entrevista semiestructurada. En este documento se encuentra de manera puntual y específicas las áreas de exploración, como lo biológico, psicológico y social, también información adicional, que saber sobre el paciente mediante la entrevista, para desarrollar un trabajo complementario y de base.

Se realiza en las sesiones que se tenga con el paciente, hasta concretar el último punto señalado en el documento de la historia clínica.

Ver anexo I

Tareas para la casa

Formulario de análisis situacional.

Este este formulario permitirá que el paciente haga un auto-registro de las situaciones que conducen a que se active su estado ansioso, desde el estado leve hasta un estado grave, aquí el terapeuta con la información que escribirá el paciente, hará un examen de tres factores a considerar como lo son: situaciones de contexto, estímulos interoceptivos y por último estímulos provocadores cognitivos.

Formulario de anotación para los pensamientos aprensivos.

Este formulario es una herramienta complementaria, que se puede trabajar de manera colaborativa (en la sesión) con el paciente o enviar como tarea para la casa. El

paciente entenderá que aquí va a anotar los primeros pensamientos que se le presentan sobre una situación específica que le genere cierta ansiedad, diferenciando la revaloración de dicho pensamiento.

Ver anexo II y III

Test psicométricos aplicados

Escala de ansiedad de Hamilton

Inventario de depresión de Beck

Test Creencias Ellis

Test proyectivo HTP

Escala de ansiedad de Hamilton

Es un instrumento que ayuda a obtener el nivel de ansiedad en que se encuentra la paciente por lo que se le aplico este test.

Para obtener los resultados del test y conocer los niveles de ansiedad, si nos da menos de 9 puntos, el test nos indica que el nivel de ansiedad es bajo o nulo, si nos da como resultado 9 y 17 puntos, el test indica que el nivel de ansiedad moderado y si nos arroja un puntaje elevado de 17 puntos, el nivel de ansiedad elevado.

Ver anexo IV

Inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario auto-administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad (Redaccion, Equipo de, 2014).

El test de depresión de Beck, es un cuestionario fácil en su aplicación, con resultados específicos sobre los niveles de depresión que presenta una persona, por estas características a más de la fiabilidad que otorga el test, es uno de los que mayormente se utiliza como herramienta en el proceso psicodiagnostico.

Ver anexos V

Test de creencias irracionales de Ellis

Este instrumento fue desarrollado por Calvete y Cardeñoso (1999), citado en (Chaves Castaño, 2010), para evaluar ocho ideas irracionales. Consta de 46 ítems con cuatro opciones de respuesta: 1= No estoy de acuerdo, 2= Desacuerdo moderado, 3= Acuerdo moderado y 4= Estoy totalmente de acuerdo. Las ideas irracionales que se incluyen en este instrumento son: Necesidad de Aprobación por parte de los demás, Altas autoexpectativas, Culpabilización, Control emocional, Evitación de problemas, Dependencia, Indefensión ante el cambio y Perfeccionismo.

Ver anexo VI

Test proyectivo HTP

El HTP es un test proyectivo que se encarga de evaluar los rasgos de personalidad, mediante dibujos que realizan los evaluados, estos dibujos se caracterizan por ser, una árbol , una casa y una persona, y conforme estén diseñado estos, se va a sacar un resultado. Este test es aplicado para niños adolescentes y adultos, se aplica en un tiempo de 150 minutos. Y después de aquello se inicia con un cuestionario hacia el paciente de preguntas respecto a cada dibujo.

Ver anexo VII

Formulario de distorsiones cognitivas

Este formulario, está diseñado con cortas frases, que denotan acciones y pensamiento en base a las características de cinco distorsiones cognitivas más comunes que se pueden presentar en una persona.

La forma de aplicación es fácil y sencilla, se le da a la persona este formulario, en la cual persona deberá ir seleccionando frases con la que se identifique más.

Las frases están ubicadas de forma aleatoria y serán evaluadas con un texto en donde estén las características de las distorsiones, así tendremos una aproximación de saber que distorsiones cognitivas están presente en el individuo.

Se valoraran distorsiones como abstracción selectiva, generalización, catastrofismo, personalización, etiquetado, pensamiento dicotómico, adivinación.

Resultados obtenidos

Desarrollo del caso

Paciente de 41 años de edad asistido por medio de la modalidad de teleasistencia, de sexo masculino, soltero, nacido en el cantón Vinces, con instrucción profesional en radiología.

Primera sesión: se trabajó el motivo de consulta y el análisis de activación del miedo

Motivo de consulta:

El paciente es asistido por medio de la modalidad de tele-asistencia, en donde nos manifiesta que necesita atención psicológica porque tiene dificultades para dormir, dolores en el pecho, agitación al respirar, falta de concentración, algunas veces ha manifestado crisis de nervios hasta causarle llanto, y que todo esto le está afectando significativamente en su tratamiento de hemodiálisis que se realiza constantemente hace 6

meses y medio y a su problema de azúcar, hay días que anda irritable a consecuencia de que no duerme bien.

En su discurso el paciente afirma "tengo miedo a morir y que Dios no me perdone por todos los pecados que he cometido y vaya al infierno", después de esto el paciente nos comenta que su enfermedad es a causa de sus pecados y por su preferencia sexual, porque paciente se identifica como gay, debido a que él es creyente católico, siente con culpabilidad por haber fallado a sus creencias. El confinamiento debido a la pandemia ha generado en el paciente un aumento significativo de sus síntomas psicopatológicos. Con lo cual se procedió a preguntarle al paciente ¿Qué situaciones son las que hacen o harían a que tenga miedo excesivo? El respondió: "el volver a pecar ya no quiero seguir pecando ", después se le pregunto ¿Cuál sería las consecuencias de pecar y una amenaza para él? El respondió: "la muerte y ser condenado en la otra vida", ¿Qué usted hace para afrontar estos miedos o por lo menos disminuirlos? Pt: pues no pecar, mejor me quedo en la casa y no ir donde mis hermanos.

Segunda sesión y tercera sesión: en esta segunda y tercera sesión, se empezó a recabar información mediante la entrevista clínica y evaluación de los diferentes estímulos provocadores de la ansiedad.

Evaluación de estímulos provocadores:

El paciente otorgó información puntuando de 0 a 100 las situaciones en donde más se sintió ansioso. Evaluamos tres situaciones que son factores de activación de su ansiedad:

Situaciones del contexto:

Tener que encontrarse con su hermanastro (100)

Estar en alguna reunión católica y hablen sobre el pecado y el castigo (75)

Situaciones interoceptivas:

En las noches ir a dormir y tener agitaciones y nervios porque piensa que

amanecerá muerto (100)

Cuando tiene algún momento estresante y siente que su ritmo cardiaco aumenta siente más ansiedad (80)

Estímulos provocadores cognitivos:

Agitación al realizarse tratamiento de hemodiálisis se preocupa que le dé una crisis (75)

Ver o escuchar temas sobre la muerte(100)

No haber dormido bien y pensar que en trabajo hará mal las cosas(65)

Cuarta y quinta sesión: se empezó con la aplicación de test y la identificación de los primeros pensamientos aprensivos.

Escala de ansiedad de Hamilton

La puntuación obtenida fue de 28, ubicando a la paciente en el rango de: ansiedad severa, según como indica la escala de puntuación del Test.

Inventario de depresión de Beck

La puntuación obtenida en este inventario fue de 18, esto quiere decir que el paciente está en una depresión leve.

Sexta sesión: se prosiguió a la implementación de los otros test, para una fiable validación para el proceso psico-diagnóstico.

Test de creencias Irracionales

En este caso el paciente nos dio un puntaje de 8, esto quiere decir que dicha

creencia está afectando significativamente su vida.

La idea auto-limitadora que demarca al paciente es de que: **“Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden en sus emociones”**

Formulario de distorsiones cognitivas.

La información que obtuvimos por el paciente mediante este formulario fue que el paciente presenta distorsiones de: catastrofismo, abstracción selectiva y etiquetado.

Test HTP.

Obtuvimos los resultados por medio a las proyecciones de las figuras dibujadas por el paciente, en la cual refleja ansiedad, agresividad, frustración, angustia, aislamiento social.

Séptima sesión: Se procedió a dar al paciente una devolución de su diagnóstico. Psicoeducación sobre el trastorno diagnosticado

Octava sesión: en esta sesión empezamos con el proceso terapéutico.

Explicación del modelo Cognitivo Conductual de la ansiedad

Se pasó a la de evaluación de valoraciones primales, creencias del paciente, y a la normalización del miedo.

Novena sesión y decima sesión: En estas sesiones realizamos la reestructuración cognitiva, enfocándonos en las 6 estrategias de intervención cognitiva: cognitiva: la recogida de evidencias, el análisis de costes-beneficios, la identificación de errores cognitivos, la elaboración de alternativas y la puesta en prueba de hipótesis empíricas.

Técnica de exposición

Undécima y duodécima sesión: Técnica de estrategia de atención y técnica de respiración controlada y cierre del tratamiento psicológico

Situaciones detectadas

El paciente manifiesta, que se siente culpable debido a lo que sucedió con su hermanastro y como esa relación que mantenía de años de familiaridad se terminó por aquel acto, también por el hecho de comprobar que todas sus enfermedades, como su problema de azúcar y en la actualidad su insuficiencia renal, según el paciente son por un "castigo divino".

Recuerda que cuando era niño sus padres le decían que si mentía o hacía algo malo eso no le agradaría a dios. Ya con el pasar de los años en su adolescencia hizo su primera comunión y confirmación católica, aprendió de que si una persona pecaba dios lo podía perdonar, pero a la vez castigar y que todo esto sucedía después de la muerte. Desde que él se dio cuenta a sus 19 años, de sus gustos hacia el mismo sexo, se le hizo muy duro aceptarlo ya que él entendía que eso era un pecado, y manifiesta que en este tiempo estaba muy preocupado por el que dirán de su familia y amigos, hasta que con los años esa preocupación desapareció.

Comenta el paciente que una vez tuvo una descompensación grave en su salud por su problema de azúcar, entro en un coma diabético por hipoglucemia, debido a esto, estuvo en coma una semana, y por esta razón el paciente dice "ese fue el peor momento de mi vida", porque recalca que experimento en cierto grado la muerte, y tuvo visiones y sueños en donde era reprendido por Dios.

Debido a esto tiene tristeza, preocupación a que su familia se entere, en ocasiones siente coraje porque a veces piensa que sus síntomas ansiosos desaparecerán y después aparecen, tiene dificultades para dormir, hasta llegar al llanto por sentirse frustrado.

Ha retomado nuevamente a sus actividades en el movimiento católico que pertenece, pero aun así las ideas de que cuando muera el será condenado, sus preocupaciones sobre la muerte, han aumentado aún más por la situación de la pandemia, llevándolo a tener crisis de pánicos y miedos excesivos de morir.

En la parte social, el paciente manifiesta que, se ha alejado bastante de sus amistades, no es nada en comparación como antes, ya que debe de cuidarse mucho y sobre todo en estos momentos de confinamiento, lo que más le ha afectado es haberse alejado de sus familiares y en su trabajo, aunque le están considerando tiempo por su enfermedad, algunas veces se cuesta concentrarse en alguna actividad del mismo.

En lo que pudimos observar y escuchar, mediante la modalidad de tele asistencia (video llamadas), el paciente ha tenido problemas de ansiedad, en momentos se veía agitado cuando hablaba de su problema, se frotaba las manos y se las secaba con su vestimenta, todo esto, generado por un tema en específico "la muerte".

Se realizó el siguiente cuadro sindrómico, enfocado en áreas afectadas, que nos sirvió como base para llegar al diagnóstico establecido y su respectivo plan terapéutico.

Área cognitiva

- Pensamientos catastróficos
- Ideas auto-delimitadoras
- Falta de concentración
- Etiquetado
- Abstracción selectiva

Área afectiva

- Tristeza
- Culpabilidad
- Preocupación exagerada

- Irritabilidad
- Ansiedad severa (28 puntos)
- Depresión leve (19 puntos)

Área conductual

- Agitación
- Sudoración
- Llanto
- Dificultad para dormir
- Aislamiento

Área fisiológica

- Dolor en el pecho
- Cansancio.
- Fatiga
- Cefalea

Área personalógica y social

- Conductas evitativas

El paciente a más de su enfermedad de hemodiálisis, por el cual debe asistir tres veces por semana al tratamiento, no dispone del tiempo como antes para socializar y compartir con su grupo social, también por el problema de la pandemia en donde debemos estar en poco contacto con las personas, hay que considerar que también ha llegado aislarse de su círculo familiar con los que mantenía más contacto. Ahora se considera temeroso, con incertidumbre en no saber que puede pasar a en un futuro.

Con todos los datos que obtuvimos por medio de todas las técnicas y metodología clínicas, se pudo establecer un diagnóstico sobre la situación del paciente. Se llegó a determinar que el paciente ha desarrollado un F.42.2 trastorno de ansiedad

específica según los criterios diagnósticos de la CIE 10 y el DSM V.

Soluciones planteadas

Intervención psicoterapéutica con el enfoque cognitivo conductual, en las diferentes áreas y categorías:

Área cognitiva

Meta1: La primera meta en la intervención terapéutica es Explicación del modelo Cognitivo Conductual de la ansiedad y que el paciente entienda y comprenda, como se llevara a cabo el proceso terapéutico y darnos una respuesta segura de que desea continuar con el tratamiento.

Meta 2: Lograr que el paciente reconozca, cuales son los pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas, que tiene ante determinada situación, mejorando su capacidad de autoanálisis cuando estos se presente.

Meta 3: Lograr que el paciente cambie sus pensamientos distorsionados sobre las situaciones que consideran amenazantes, por pensamientos más adaptativos.

Área Conductual

Meta4: Reducir su comportamiento evitativo a ciertas situaciones que el paciente considera peligrosas para sí.

Meta 5: Reducir sus comportamientos de sueño, con técnicas de respiración controlada.

Área Afectiva

Meta 6: Disminuir el sentimiento de culpabilidad del paciente.

Área fisiológica

Meta 7: Disminuir síntomas fisiológicos que provocan e intensifican la ansiedad.

Categoría	Objetivo	Actividades	Técnica	Resultados obtenidos
Cognitiva	Explicación del modelo Cognitivo Conductual de la ansiedad	Informar de manera detallada al paciente sobre los parámetros, condiciones, estrategias y más contenidos que se aplican en el enfoque cognitivo conductual	Comunicación asertiva	El paciente estuvo atento de cada uno de las indicaciones, respecto al formato de la terapia cognitiva conductual, y estuvo de acuerdo y comprometido con llevar a cabo el procedimiento
Cognitiva	Lograr que el paciente reconozca, cuales son los pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas	Se le explica al cliente sobre los pensamientos aprensivos, y para tener un auto-registro sobre estos pensamientos, enviamos de tarea un formulario.	Formulario de automonitoreo de pensamientos aprensivos	Los resultados fueron los esperados, el paciente nos otorgó información específica, y pudo reconocer cuales eran sus pensamientos y reacciones automáticas antes ciertas situaciones.
Cognitiva	Cambiar pensamiento distorsionados por pensamientos positivos	Se hizo la actividad de reestructuración cognitiva abarcando las 6 categorías que propone el modelo terapéutico	Reestructuración cognitiva	El paciente logro disminuir su ansiedad y esto lo pude constatar por el automonitoreo que realizaba el paciente y los resultados eran diferentes.
Conductual	Reducir su comportamiento evitativo a ciertas situaciones que el paciente considera	Expusimos al paciente tanto en situaciones específicas imaginarias y a situaciones	Técnica de exposición	El paciente con la técnica de exposición, reforzó su grado de afrontamiento ante las

	peligrosas para sí.	específicas reales, para conocer con más detalles la sintomatología y el desarrollo de la ansiedad		situaciones, se sentía más seguro y decidido a repetir estas conductas de afrontamiento
Conductual	Reducir sus comportamientos de sueño.	Se realizó junto con el paciente, inhalaciones y exhalaciones con un conteo de 4 tiempos , centrando su atención en	respiración controlada	El paciente nos confirma, que le ha ayudado de mucha esta técnica, porque la practica antes de irse a la cama y en ocasiones la aplica cuando se despierta.
Afectiva	Disminuir el sentimiento de culpabilidad del paciente	Hicimos que el paciente se mantenga atento sobre sus pensamientos negativos pero sin emitir algún juicio o discriminación ante ellos.	Consciencia plena aceptación y compromiso.	El paciente logro a entender y aceptar sus pensamientos negativos, dice que fue como "un alivio al aceptarse con errores"
Fisiológico	Disminuir síntomas fisiológicos que provocan e intensifican la ansiedad.	Al paciente se le pedía que realice una actividad fisiológica, por ejemplo respirar de manera fuerte para, para con estos ejercicio haya un tipo de comparación con los síntomas fisiológicos que se le presentan en el estado de ansiedad	Inducción de síntomas de ansiedad fisiológicos	El paciente llego a percatarse, de que las mismas hiperactividades fisiológicas que el experimentaba en la ansiedad, las podía experimentar sin tener pensamientos ansiosos

(HERRERA, 2020)

CONCLUSIONES

El presente proyecto de investigación concluye que las distorsiones cognitivas en una persona con una enfermedad catastrófica, como lo es el caso de la insuficiencia renal, compromete aún más la salud del individuo, llevándolo a desarrollar un trastorno de ansiedad específica como en este caso. Estas distorsiones afectaron cada uno de las áreas constitutivas de la persona, se desarrollaron problemas a nivel del pensamiento, en la parte emocional se encontraron desajustes, en la parte social y familiar se presentaron problemas significativos y en ámbito laboral un cierto grado de frustración por falta de concentración para realizar las actividades.

Se identificó en el paciente varias distorsiones cognitivas como el catastrofismo (no quiero morir), Etiquetado (soy un pecador, soy culpable), Abstracción selectiva (no podría soportar ser castigado), distorsiones que magnificaban el riesgo de un declive en la salud y tratamiento de hemodiálisis del paciente.

Una persona que desarrolla por lo menos una distorsión cognitiva, con el paso del tiempo si no busca ayuda profesional, en situaciones estresantes, puede caracterizar más de una distorsión, por lo que observamos en el paciente que intervenimos para este estudio de caso, la cual uno de factores que influyeron en el acrecimiento de estas distorsiones, fue la situación de la pandemia originada por el COVID-19. En los pacientes con tratamiento de hemodiálisis se pueden presentar síntomas de algún trastorno psicológico y pasar desapercibido, por la sintomatología que conlleva este tratamiento, porque en nuestro paciente se presentaban síntomas como agitación, sudoración, cansancio, fatiga, y él en muchas ocasiones asociaba estos síntomas con los del tratamiento.

Ante lo mencionado en el párrafo anterior, la familia y demás personas que interactúan con el paciente, muchas no detectan estos síntomas psicopatológicos por la misma razón, de que asocian estas manifestaciones sintomáticas con el tratamiento de hemodiálisis, pero puede existir ocasiones que el paciente no comunique a sus allegados sobre sus problemas psicológicos o por lo menos los síntomas que siente, como el caso presentado, que el paciente consideraba que el evento era muy severo y sus familiares no

podían ni debían saberlo. Esto agrava aún más la situación, porque desde la parte psicológica y nuestro rol como psicólogos en primer lugar es emplear y desarrollar medidas de prevención más que tratar directamente los trastornos psicológicos.

Sobre la planificación del modelo psicoterapéutico aplicado que diseñe, cabe destacar la factibilidad que tuvo con el caso, se logró que el paciente baje sus niveles de ansiedad y pueda mantener una mejor calidad de vida en todas sus áreas constitutivas, ya que podrá hacer uso de las herramientas otorgadas y de las técnicas enseñadas.

Recomendaciones

Las recomendaciones de este tipo de casos varían debido a la particularidad de cada individuo, también es importante mencionar que el correcto manejo de la teoría y el buen uso de las técnicas nos ayudan a obtener resultados favorables y proporcionan la intervención terapéutica. Se recomienda hacer énfasis en los procesos terapéuticos debido a la escasa variedad de técnicas a emplear en los pacientes, de esta manera se podrá ayudar con las investigaciones futuras con material de apoyo, de manera que el Ecuador crezca en el ámbito investigativo. Es muy importante contar con el apoyo familiar dentro del proceso terapéutico, ya que en el presente estudio de caso se obtuvo un buen resultado debido al apoyo familiar, haciendo del proceso terapéutico más eficaz, tanto como al paciente y al terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- C.a.t.r.e.c, f. (2013). Aaron t. Beck y la terapia cognitiva (tc). Obtenido de c.a.t.r.e.c:
http://www.catrec.org/conceptos_beck2013.html
- Caballo, V. E. (1998). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores,S.A.
- Chaves Castaño, L. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. Revista de Psicología de La Universidad de antioquia .
- Cohen, S. D. (2016). Ansiedad en pacientes tratados con hemodiálisis. Clin J Am Soc Nephrol.
- Cukor, D. (2007). Uso de la TCC para tratar la depresión en pacientes en hemodiálisis. Psychiatric Services, 712.
- Health, n. I. (2007). Niddk. Niddk, 1-2.
- Herrera, j. (08 de 2020). Cuadro Diferencial. Vinces, Ecuador.
- Ibáñez-Tarín, C. (2014). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). Elsevier, 34-41.
- Lega, L., Sorribes, F., & Calvo, M. (2002). Terapia Racional Emotivo Conductual . Nueva York: dominic dimattia, ed.d.
- Lerma, A. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Salud Mental.
- Marly, B. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. Pensamiento Psicológico, 88-102.
- Mosqueda, A. (2017). Distorsiones Cognitiva y Atribuciones de Casualidad: un taller de pareja. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 220.
- Redaccion, Equipo de. (19 de agosto de 2014). (PDF) Inventario de depresión de Beck. Obtenido de PSYCIENCIA: <https://www.psyciencia.com/pdf-inventario-de-depresion-de-beck/>

ANEXOS

Anexo I

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____

Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE

(ocio, diversión, deportes, intereses) _____

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

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

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

Anexos II y III

Apéndice 5.2 Formulario de Análisis Situacional

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor anote cualquier situación que haya provocado una respuesta de ansiedad. Describa brevemente la situación en la segunda columna y en la tercera valore la intensidad de la ansiedad (0-100) y su duración (cantidad de minutos). En la cuarta columna señale los síntomas de ansiedad más prominentes que ha experimentado y en la quinta registre cualquier pensamiento inmediato de la situación. En la última columna comente, por favor, su respuesta inmediata ante la ansiedad.

Fecha/Hora	Situación	Intensidad (0-100) y duración de la ansiedad	Síntomas ansiosos primarios	Pensamientos ansiosos inmediatos	Respuesta inmediata al sentir ansiedad
1.					
2.					
3.					
4.					

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 5.4 Formulario de Auto-Monitoreo de Pensamientos Aprensivos

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor anote cualquier situación que haya conllevado un aumento de ansiedad. Tras valorar el nivel de ansiedad experimentado en la segunda columna, escriba las respuestas a las preguntas formuladas en las siguientes columnas, teniendo en consideración lo que pensaba y sentía en la situación. Trate de cumplimentar este formulario mientras se encuentre en la situación ansiosa o tan pronto como le sea posible.

Situación provocadora de ansiedad [Describa brevemente la situación e incluya fecha y hora del día]	Nivel medio de ansiedad [Escala 0-100]	Peor resultado posible [¿Qué es lo peor que podría ocurrir, independientemente de que sea o no realista?]	¿Qué fallaba en la situación? [¿Qué le desconcierta de la situación o de su forma de sentir o comportarse? ¿Cómo podrían comportarse los demás con usted que le molestaría?]	Pensamientos ansiosos inmediatos [¿Cómo podría cambiar la situación para aliviar su ansiedad? ¿Qué podría cambiar usted o los demás para aliviar su ansiedad?]
1.				
2.				

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice sólo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Anexo IV

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Anexo V

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Auto crítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

-
- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____



Anexo VI

Test Creencias Ellis

Este registro de opiniones tiene como misión poner de manifiesto sus ideas auto-limitadoras particulares que contribuyen, de forma encubierta, a su estrés e infelicidad. No es necesario que pienses mucho tiempo en cada pregunta. Escribe rápidamente la respuesta y pasa a la siguiente. Asegúrate de que contestas lo que realmente piensas, no lo que crees que deberías pensar. Marca con un 1 tu respuesta.

	Acuerdo	Desacuerdo
1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás*		
2. Odio equivocarme en algo *		
3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece *		
4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía **		
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia**		
6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación*		
7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes *		
8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo*		
9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas" *		
10. Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila*		
11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie*		
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien *		
13. Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo *		
14. Las frustraciones no me distorsionan **		
15. A la gente no le trastornan los acontecimientos, sino la imagen que tiene de ellos**		
16. Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros**		
17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes**		
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto*		
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado *		
20. Me gusta disponer de muchos recursos **		
21. Quiero gustar a todo el mundo *		
22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo**		
23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con las culpas *		
24. Las cosas deberían ser distintas a como son *		
25. Yo provoqué mi propio mal humor**		
26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza*		
27. Evito enfrentarme a los problemas*		
28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía*		
29. Sólo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en un futuro**		
30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer**		

Anexo VII

Casa-Árbol-Persona					
TÉCNICA DE DIBUJO PROYECTIVO					
H-T-P					
Folleto para la interpretación					
Nombre:		_____		Fecha: _____	
Sexo:	Masculino /	Femenino	Edad:	—	Escolaridad: _____
Fuente de referencia:		_____			
Preguntas de inferencia:		_____			
Entrevistador:		_____		Lápiz	<input type="checkbox"/>
				Color	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES GENERALES 1					
Casa:		Tiempo que empezó a dibujar (Latencia)		_____	
		Tiempo para completar el dibujo		_____	
Árbol:		Tiempo que empezó a dibujar (Latencia)		_____	
		Tiempo para completar el dibujo		_____	
Persona		Tiempo que empezó a dibujar (Latencia)		_____	
		Tiempo para completar el dibujo		_____	

INTERROGATORIO POSTERIOR

Para abreviar el interrogatorio en los dibujos a color, se puede utilizar únicamente las preguntas marcadas con un asterisco (*)

CASA

1. *¿Cuántos pisos tiene la casa? (¿La casa tiene _____ escaleras?)
2. ¿De qué está hecha la casa?.....
3. *¿Es tuya? ¿De quién es?.....
4. ¿En casa de quién, estabas pensando cuando la dibujabas?.....
5. ¿Te gustaría que fuera tuya la casa? ¿por qué?.....
6. *Si fueses el amo de esta casa y pudieses hacer lo que quisieses con ella, ¿qué habitación escogerías para ti? ¿por qué?
7. *¿Quién te gustaría que viviese en esta casa contigo? ¿Por qué?
8. Cuando miras la casa, ¿te parece que se encuentra cerca o lejos?
9. Cuando miras la casa, ¿tienes la impresión que se encuentra por encima de ti, debajo de ti o al mismo nivel que tú?.....
10. ¿Qué te hace pensar o recordar la casa?.....
11. ¿Qué más?.....
12. ¿Es una casa feliz y amistosa?.....
13. ¿Qué hay en la casa que te dé esta impresión?
14. ¿La mayoría de las casas son así? ¿Por qué piensas eso?
15. *¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura)
16. ¿Qué tipo de clima te gusta?.....
17. ¿A quién te recuerda esta casa? ¿Por qué?.....
18. *¿Qué es lo que más necesita la casa? ¿Por qué?.....
19. *Si eso fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado a parte de la casa), ¿quién sería?
20. ¿Hacia dónde lleva la chimenea en esta casa?
21. Interrogatorio sobre la distribución. (Dibujo y designación, por ejemplo, ¿Qué habitación está representada por cada ventana? ¿Quién se encuentra allá generalmente?



Anexo VIII

FORMULARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS

Indicaciones:

Selecciones con un visto, las frases que usted cree que se relacionan con su situación actual y pensamientos, o por lo menos se acerque al contexto.

¡Si aquello sucede seria horrible para mí!	
¡Nada es bueno en mi vida!	
¡Soy un perfecto inútil!	
¡He hecho más cosas buenas que malas!	
¡No podre sopórtalo es!	
¡Las personas piensan mal de mí!	
¡Sé que sucederá algo malo!	
¡Nunca podre ser feliz!	
¡Las personas no confían en mí!	
¡Hice mal las cosas, todo es mi culpa!	
¡Soy un torpe!	
¡Esto siempre será así!	
¡Soy una persona débil!	
¡Me muero donde eso ocurre!	
¡Me ira mal en lo que me queda de vida!	

Creado por : José German Herrera Liberio