



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN EL HOSPITAL IESS  
AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Calderón Real, Jacqueline Andrea

**Tutora:** Dra. Morales Lozada, Gladys Piedad

Ambato- Ecuador

Junio 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN EL HOSPITAL IESS AMBATO”** de Jaqueline Andrea Calderón Real estudiante de la Carrera Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero 2016

LA TUTORA

.....

Dra. Morales Lozada, Gladys Piedad

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN EL HOSPITAL IESS AMBATO”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2016

LA AUTORA

.....  
Calderón Real, Jacqueline Andrea

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico parte de un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero 2016

**LA AUTORA**

.....  
Calderón Real, Jacqueline Andrea

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema, **“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN EL HOSPITAL IESS AMBATO”** de Calderón Real Jacqueline Andrea estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2016

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

A mi Padre Fiel quien es el motor de mi vida, el cual me brinda siempre de su amor y la fe que necesito para continuar y saber que cada momento se lo debo a Él, porque sin Él ni las hojas de los árboles se mueven y por enseñarme siempre que su voluntad es Buena, Agradable y Perfecta.

A mis padres Karina, Blanquita y Fausto quienes siempre me impulsaron que el estudio debe ser lo primordial en mi vida y gracias a su perseverancia y apoyo he logrado llegar hasta aquí.

A mis hermanos Jessica y Carlitos por enseñarme que la valentía y la lucha continúa se pueden lograr todos los días.

A mi sobrina amada Sophie quien es una de mis bendiciones especiales para impulsar mi vida a continuar y que el amor lo puede todo.

A mi tío Geovanny, Juan, Norma y Blanquita quienes me han brindado su amor y apoyo incondicional, sin ellos no hubiese sido posible llegar hasta aquí.

A mis mejores amigos Mayrita, Sebitas y Pily, personas que siempre me han enseñado a persistir y que los logros se alcanzan luchando por los mismos y que la palabra nunca no existe, sólo el querer y el poder. Gracias

Jacqueline Andrea Calderón R.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por ser el timón de mi vida y permitirme cumplir mis sueños y anhelos en su tiempo perfecto, por cada una de sus bendiciones.

A mis padres por su esfuerzo diario en que día a día hay que aprovecharlo y fomentar mi educación como una de las metas principales para mi vida.

A mi Universidad Técnica de Ambato, a sus docentes por cada conocimiento impartido en cada aula de clase, esas que nunca olvidaré.

A la Dra. Evelin Salame por la apertura, guía y tiempo dedicados para la realización del presente trabajo, por la ayuda y la confianza puestas en mí, gracias mil por su apoyo.

A mi paciente preferida Elizabeth Rojas por la información brindada en el presente trabajo, porque su confianza ha sido un pilar en este proceso.

A mi docente Ps.Cl. Fernanda Flores por su tiempo, su dedicación, su paciencia y sobre todo su guía para empezar y finalizar el presente trabajo, mil gracias.

Agradezco de manera especial a mi Dra. Tamara Cubero por el tiempo, la paciencia y la dedicación para realizar el presente trabajo, por su apoyo y sobre todo por su confianza puesta en mí, gracias mil.

Gracias infinitas a mi querido Dr. Santiago Añazco por ser uno de mis mejores docentes, por su apoyo incondicional, por sus consejos y sobre todo por esas horas de clase que se convirtieron en un tiempo demasiado valioso, mil gracias.

Gracias a mis queridas amigas que se han vuelto como hermanas que bendición haberlas conocido: Cristina Gavilanes, Diana Velasteguí, Gisella Llerena, Paulina Ante, María José Avila y Germania Uriarte.

Jacqueline Andrea Calderón R.

## ÍNDICE

### Páginas Preliminares

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
DESARROLLO.....	4
Presentación del caso.....	4
Identificación y recopilación de la información no disponible.....	7
Descripción Cronológica y Detallada del Caso.....	9
Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud.....	23
Identificación de los Puntos Críticos.....	25
Caracterización de las oportunidades de mejora.....	26
CONCLUSIONES.....	47
Referencias Bibliográficas.....	48
Bibliografía.....	48
Linkografía.....	48
Citas Bibliográficas: Bases de Datos UTA.....	49
Anexos.....	50

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Fármacos administrados a la paciente durante el desarrollo del cuadro mixto ansioso depresivo.....	22
Tabla 2. Caracterización de las oportunidades de mejora.....	27
Tabla 3: Plan terapéutico.....	46

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO”**

Autor: Calderón Real, Jacqueline Andrea

Tutor: Dr. Morales Lozada, Gladys Piedad

Fecha: Febrero 2016

**RESUMEN**

El presente caso hace referencia a una paciente femenina de 56 años de edad, estado civil casada, madre de dos hijos, diseñadora de calzado, antecedentes de crisis migrañosas desde los 16 años de edad, sintomatología ansiosa depresiva por antecedentes de aparentes abusos sexuales sin penetración desde su niñez y desencadenante para la intensificación de la sintomatología, la muerte de su madre. Crisis de angustia se presentan con mayor frecuencia ante dificultades a nivel personal, conyugal y familiar; baja resiliencia originando constantes recaídas. Sentimientos de culpa relacionados a conflictos no resueltos en la niñez, ideación tanática por el problema de base, baja tolerancia a la frustración, llanto fácil, labilidad emocional, anhedonia, entre otros. Actualmente recibe tratamiento psicológico y psicofarmacológico en el Hospital IESS Ambato y en la Clínica Guadalupe cada 15 días en Quito.

**PALABRAS CLAVES: ANSIEDAD, DEPRESIÓN, CRISIS\_MIGRAÑOSAS, ABUSOS\_SEXUALES.**

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"MIXED DISORDER ANXIOUS DEPRESSED"**

Author: Calderon Real, Jacqueline Andrea

Tutor: Dr. Gladys Morales, Piedad Lozada

Date: February 2016

**ABSTRACT**

This case refers to a female patient 56 years old, married, mother of two, designer footwear, history of migraine attacks since he was 16 years old, anxiety symptoms depressed by a history of apparent sexual abuse without penetration since childhood and trigger for the intensification of symptoms, the death of his mother. Panic Attacks occur most often at personal difficulties, marriage and family level; causing low resilience constant relapses. Feelings of guilt related to unresolved conflicts in childhood, thanatic ideation by the underlying problem, low frustration tolerance, tearfulness, emotional lability, anhedonia, among others. Currently he receives psychological and psychopharmacological treatment in Ambato IESS Hospital and in the Guadalupe Clinic every 15 days in Quito.

**KEYWORDS:** ANXIETY, DEPRESSION, MIGRAINE\_ATTACKS, SEXUAL\_ABUSES.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno mixto ansioso depresivo es un estado de ánimo disfórico persistente que tiene una duración de al menos 1 mes y se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluyen un mínimo de 4 de los siguientes: dificultades de concentración o memoria, trastornos del sueño, fatiga, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, pesimismo ante el futuro y baja autoestima. Todo ello ocasiona deterioro de la actividad laboral o social.

Según Carbonell, Marín, & Díaz (2015), en su investigación sobre los efectos del trastorno mixto ansioso depresivo muestran que de los 219 sujetos que forman parte de la investigación, 40 de ellos presentan mayor prevalencia de síntomas ansiosos, mientras que 38 sujetos se caracterizaron por la presencia de síntomas depresivos y por último 51 sujetos presentan sintomatología ansiosa y depresiva al mismo tiempo.

Por otra parte Sonario J. (2010), menciona que los pacientes con distimia presentan dificultades en situaciones sociales, debido al trastorno. A su vez todos los pacientes registraron consumo de psicofármacos para que haya como consecuencia problemas afectivos sin que presente una mejora satisfactoria

El siguiente autor nos menciona, Navarrete E. (2015), que de los 25 pacientes con insuficiencia renal atendidos , 17 de ellos presentaron síntomas del trastorno mixto ansioso depresivo, a los cuales se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, por lo que se evidencia que la mayor parte de la población en estudio presentó síntomas del trastorno mixto ansioso depresivo.

Según la investigación realizada en Madrid por Blazco & Pallardó (2013), sobre síntomas de exageración en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo, muestra que de los 26 pacientes en estudio tan solo 14 de ellos presentaron exageración en cuanto al trastorno en mención. A su vez se relaciona este tipo de exageración con el tipo de personalidad que poseen los pacientes.

Por ultimo Etchebarne, Gómez & Roussos, (2010), indican que el apareamiento de este trastorno según la corriente psicoanalítica se debe por una denominada neurosis actual, la cual se presenta en el sujeto de forma transitoria.

Concluyendo, los pacientes que cumplen criterios de un trastorno depresivo, tiene un riesgo de 9 a 19 veces superior de sufrir un trastorno de ansiedad, y lo presentaban a lo largo de su vida, en el 58% de los casos. El 75% de los pacientes con historia de trastorno depresivo tienen antecedentes de al menos otro trastorno psiquiátrico, generalmente un trastorno de ansiedad. El 29,5% de los pacientes con trastorno de ansiedad tienen un trastorno depresivo a lo largo de su vida y es más frecuente en pacientes con trastorno de pánico.

El tratamiento será mejorar el estado de ánimo, el funcionamiento social y ocupacional y la calidad de vida; reducir la morbilidad y la mortalidad prevenir la recurrencia de los trastornos depresivos y minimizar los efectos adversos del tratamiento. El objetivo último de las intervenciones terapéuticas sobre la depresión es la remisión completa y evitar las recaídas. El planteamiento terapéutico diferirá según el período del curso clínico en el que se encuentre el paciente.

El caso que se expone se trata de la paciente N.N de 56 años de edad, nacida el 23 de Enero de 1959, de género femenino, a partir de los 9 años presentó los síntomas de la enfermedad, se presume que el hecho que desencadenó su trastorno fue la presencia de posibles abusos sexuales por parte de familiares como primos y sobrinos, a raíz de este acontecimiento la paciente mostró sintomatología ansiosa la cual se fue desarrollando con el desconocimiento de sus familiares.

Se presentan síntomas como conflictos, traumas no resueltos y sentimientos de culpa que dan como resultado un cuadro ansioso depresivo, acompañado de la intensificación y prolongación de crisis migrañosas (diagnosticada a la edad de 16 años), los cuales se han prolongado por más de seis meses a raíz de la muerte de su madre, permitiendo establecer un diagnóstico de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.

El diagnóstico se está analizando de manera gradual mediante la Terapia Cognitivo Conductual, con el fin de que la paciente pueda modificar las ideas irracionales y muestre evolución en su proceso terapéutico.

La paciente ha sido internada en varias instituciones de salud en las cuales ha contado con el apoyo de su esposo quien ha sido el encargado de sus cuidados y tratamiento farmacológico. Actualmente se encuentra asistiendo a interconsulta en el Área de Psicología y Psiquiatría en el Hospital IESS de la ciudad de Ambato donde es evaluada desde el 15 de marzo de 2011 hasta el 5 de Noviembre del 2015.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo y su influencia a nivel somático.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar factores de riesgo para que desencadene el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo
- Identificar los síntomas más frecuentes para el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.
- Proponer un plan de tratamiento terapéutico alternativo.

## **DESARROLLO**

### **Presentación del caso**

Se presenta el caso clínico de la paciente N.N. de 56 años de edad, de género femenino, nacida el 23 de Enero de 1959 en la ciudad de Ambato y reside en la misma ciudad, sin referir religión, la tercera de cuatro hermanos, estado civil casada, madre de dos hijos, instrucción superior incompleta, ocupación diseñadora de calzado, desde su niñez presentó el problema de base, actualmente se encuentra acudiendo a interconsulta en el Hospital IESS Ambato desde el 15 de marzo de 2011.

El motivo de consulta fue un cuadro ansioso, la anamnesis de la paciente refiere que desde los ocho años sufrió aparentes abusos sexuales por parte de familiares y amigos de los mismos sin embargo la paciente optó por ocultar este hecho a sus padres por miedo a sufrir daño por parte de sus agresores. Esta vivencia ha causado en la paciente sintomatología ansiosa que se puede evidenciar por la presencia de sentimientos de culpa, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, entre otros.

La paciente indica que a partir de los 16 años presenta migrañas de manera ocasional las cuales son el resultado de un accidente de tránsito vivido con sus familiares, los mismos que fueron atendidos en el Hospital Regional en donde se determinó que la paciente presentó fractura de clavícula, fractura de dos costillas y cefaleas.

En la vida adulta vivencia sintomatología ansiosa depresiva debido al fallecimiento de sus figuras paternas así como también la presencia de conflictos intrafamiliares como

riñas con su hija, infidelidad por parte de la paciente, desconfianza hacia su cónyuge lo que le produce ansiedad.

Se evidencia durante el relato que la relación con la familia de origen no es favorable debido al abandono físico y emocional por parte de sus padres ocasionado por factores laborales, como resultado de este abandono se desarrolló comunicación insatisfactoria provocando así que la paciente no exprese aparentes abusos sexuales. Cabe mencionar que la paciente desconocía ser víctima de un abuso sexual ya que veía a este acto como un juego.

Paciente se muestra receptiva, colaboradora, aspecto adecuado, vestida adecuada a la edad, situación, sexo y condición socioeconómica. Entabla inmediatamente una satisfactoria relación con la entrevistadora. En la exploración de sus funciones mentales la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, sensopercepciones: sin alteración evidente, atención: hipoprosexia, lenguaje: fluido de contenido distímico, juicio: no conservado, afecto: con tendencia a la distimia, anhedonia, apatía, anergia, irritable, atención: normoprosexia, voluntad: hipoabulia, hábitos: mejoran aparentemente debido a la medicación, instinto: no conservado, pensamiento: de contenido reiterativo; curso: sin alteración(prolijo);estructura: sin alteración, razonamiento: abstracto, memoria: bajos niveles de concentración que produce olvidos frecuentes.

Se puede concluir que la paciente mantiene pensamientos reiterativos, sentimientos de culpa, entre otra sintomatología ansiosa debido a hechos no resueltos en la niñez, lo que en la actualidad esto afecta significativamente su esfera afectiva, emocional, familiar, social, sexual, produciendo gran dificultad en el desarrollo adecuado de su mantenedor mostrando baja resiliencia, poca tolerancia a la frustración y persiste sintomatología depresiva la cual persiste con facies de tristeza, labilidad emocional, sentimientos de culpa los cuales son marcados para que su sintomatología persista y debido a la falta de colaboración por superar su problema la paciente no muestra mejoría y por lo tanto no se evidencia una evolución factible.

## **Recopilación y descripción de las fuentes de información disponibles**

En cuanto a la información recolectada sobre la paciente en el Hospital IESS Ambato se obtuvieron datos precisos que ayudaron con el análisis de la evolución y desarrollo de la enfermedad de la paciente hasta la actualidad.

En la hoja de ingreso que se realizó en Julio de 2015 se encontró que la paciente fue ingresada por su esposo el día 17 de Julio, aproximadamente a las 2:15 de la tarde, por motivos de sentirse intranquila, triste, se muestra apática, ambivalente, con pensamientos autolíticos, cefaleas además de malestar generalizado y anergia. La paciente ingresa consiente, en la exploración de sus funciones mentales la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, sensopercepciones: sin alteración evidente, atención: hipoprosexia, lenguaje: fluido de contenido distímico, juicio: no conservado, afecto: con tendencia a la distimia, anhedonia, apatía, anergia, irritable, atención: normoprosexia, voluntad: hipoabulia, hábitos: mejoran aparentemente debido a la medicación, instinto: no conservado, pensamiento: de contenido reiterativo; curso: sin alteración(prolijo);estructura: sin alteración, razonamiento: abstracto, memoria: bajos niveles de concentración que produce olvidos frecuentes. En el motivo de consulta la paciente refirió que desde niña sufrió aparentes abusos sexuales por parte de familiares y amigos de los mismos, en las aparentes violaciones manifestadas por la paciente N.N menciona que tocaban sus partes íntimas, rozaban sus partes íntimas, además que una de las personas que provocó los hechos hizo sexo oral a la paciente, además de algún juego sexuado; se presenta sintomatología ansiosa evidente por la presencia de miedo a sufrir daño por parte de sus agresores, sentimientos de culpa por lo ocurrido, baja autoestima, facies de tristeza, labilidad emocional baja tolerancia a la frustración, baja resiliencia frente a su estado actual, entre otros. El diagnóstico de la paciente es Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.

## **Identificación y recopilación de la información no disponible**

En cuanto a la información no disponible se realizó una entrevista con el personal de salud que atendió a la paciente.

En primera instancia se realizó la entrevista a la psicóloga que atiende actualmente a la paciente N.N, quien manifiesta una evolución desfavorable, debido a la influencia del tipo de personalidad de la paciente que es obsesiva compulsiva, conflictos no resueltos, baja resiliencia y baja tolerancia a la frustración que esto genera.

Además refiere que el esposo de la paciente le mencionó la existencia de falencias en cuanto a la relación de pareja “demandaba poco interés de él hacia ella”.

La paciente estuvo bajo tratamiento psicofarmacológico por parte del área de Psiquiatría y tratamiento complementario por el área Psicológica bajo lineamiento cognitivo conductual, relajación muscular y respiración controlada. El tratamiento no se cumple con los objetivos planteados debido a que la paciente no cumple con las indicaciones, refiere olvidos de las tareas, apatía, anhedonia e incumplimiento de tareas a casa.

El tipo de pronóstico expresado por parte de la Psicóloga es desfavorable, por la dificultad de resolución de conflictos, la baja tolerancia a la frustración, baja resiliencia ante su problema de base, entre otros.

Posterior a esto se realiza una entrevista al esposo de la paciente N.N, donde el sujeto refiere que al calificar la relación sobre diez puntos siendo 0 mala relación y 10 excelente, está tendría 8 de los mismos.

Al hacer referencia a las falencias que se dan en la relación de pareja manifiesta que son los vicios que mantiene y esto no le permite compartir características afines con su esposa y a la vez el compartir tiempo con ella. Para mejorar su relación de pareja manifiesta que sería necesario viajar a un lugar fuera del país, estar con su esposa en casa con mayor frecuencia a la habitual, disfrutar de comidas en conjunto, entregarse a su casa y disminuir la cantidad de tiempo que invierte con sus amigos.

Es necesario mencionar que actualmente la relación de pareja tiene un buen acercamiento afectivo, pese a ciertas dificultades que como pareja se dan en la misma.

El individuo fue partícipe en la terapia de pareja, pero no tuvo un resultado satisfactorio, puesto que su esposa comunica cosas que él desconoce en casa y esto provoca malestar en su vida, y las cosas fuesen diferentes si su esposa las comunicara en casa. Evita decirle este tipo de cosas a su esposa debido a la enfermedad de ella y expresa que espera mejoría en el estado actual de la paciente.

Al continuar con la entrevista manifiesta que algunos de los factores que se mantienen para el estado actual de su esposa son el estrés, las preocupaciones y responsabilidades que tiene a cargo en casa; en especial cuando sucede algo con sus hijas mantiene una actitud desesperante y esto provoca en ella enojo y llanto fácil.

Pero al opinar sobre los cambios que ha observado para que le ayuden a salir del estado en el que se encuentra su esposa, refiere que le ayuda mucho visitar a sus hermanas, a sus amigos, cuando comparte tiempo con sus nietos, entre otros.

Al hablar sobre el tratamiento integral tanto Psicológico como Psiquiátrico que se le ha proporcionado a su esposa, refiere que si ha sido favorable porque la paciente ha hecho catarsis de las distintas problemáticas que la aquejan. Y está de acuerdo que se continúe con el tratamiento y es importante porque existe el apoyo por parte de la familia para que haya favorecido el tratamiento que recibe su esposa, puesto que existe apoyo en realizar las tareas del hogar, preocupación al estar pendientes de comprar los medicamentos de su esposa y la hermana de la paciente le brinda apoyo en la alimentación.

Al finalizar la entrevista responde acerca de cuál es la principal función que cumple el individuo para la mejora de la situación actual de su esposa, respondiendo que es el de apoyo de ella y es su compañero de vida.

Anteriormente y en la actualidad es la persona quien se hace responsable de la paciente.

## **Descripción Cronológica y Detallada del Caso**

Según la recopilación de la información obtenida sobre la paciente N.N se detalla a continuación:

Desde el día **15 de Marzo hasta el 8 de Diciembre del 2011** la paciente presenta 10 historias clínicas Psiquiátricas y 2 historias clínicas Psicológicas.

De acuerdo a las historias psicológicas se puede manifestar:

La paciente nace y reside en Ambato, con 52 años de edad, estado civil casada con dos hijas, de ocupación empleada privada y diseño de calzado, vive con su esposo e hija. Paciente que acude a consulta con preocupación y refiere deseos de abandonar el tratamiento farmacológico para el tratamiento de depresión y ansiedad. Indica que a la edad de 16 años presenta cuadros continuos de migrañas. En relación a su familia de origen señala que su padre presentó hipertensión, falleció debido a un paro cardiaco a los 84 años, su madre muere con diabetes a los 85 años de edad. Este estímulo desencadenante provocó que la paciente empiece con un nuevo tratamiento psicofarmacológico. En cuanto a la familia propia indica dificultades en la misma, también así como problemas en su relación conyugal.

En la primera entrevista se aprecia en la paciente facies depresivas con labilidad emocional e indica que uno de los principales objetivos que presenta en relación a psicoterapia es el abordar temas en cuanto a su esfera sexual y de pareja.

En la siguiente cita terapéutica refiere que la sintomatología ansiosa ha disminuido pero no así los síntomas depresivos, refiere sentimientos de tristeza, baja autoestima y posee una percepción negativa y catastrófica sobre el futuro. Indicó que logró mantener un diálogo abierto con su pareja en la cual le explicó la carencia afectiva por la cual ella atravesó. Este dialogo permitió que su cónyuge sea conocedor del estado emocional-psicológico que la paciente presentaba, indica que a raíz de esa conversación su relación ha ido mejorando de forma paulatina y que ahora procuran poseer mayores vivencias como pareja.

Al continuar con el tratamiento psicológico la paciente manifiesta sentirse cansada debido a diferentes y continuas obligaciones en el área interpersonal y laboral. En este

punto de la terapia indica que su relación de pareja ha ido mejorando ya que aspectos como la comunicación se encuentra presente, debido a la manifestación continua de afecto y con una actitud más cordial. En cuanto al área somática manifiesta dolores en la rótula y cefaleas continuas.

A lo largo de la relación terapéutica la paciente presentó una recaída desencadenada por una crisis familiar, este acontecimiento provocó la modificación del esquema terapéutico de forma que se adapte a las necesidades de la paciente.

En relación a las historias clínicas psiquiátricas se aprecia:

Incremento en la sintomatología ansiosa, la paciente posee predisposición al tratamiento farmacológico a pesar del cuadro clínico que presenta, a nivel anímico se encuentra en mejores condiciones aunque los conflictos familiares prevalezcan y dichas problemáticas ocasionen cefaleas frecuentes.

Por parte del área de psiquiatría la paciente recibe tratamiento farmacológico, mismo que se detalla posteriormente, debido al cuadro ansioso depresivo que la misma presentó.

En el transcurso del año la paciente recibe los siguientes diagnósticos:

### **Diagnósticos presuntivos**

F41 Otros trastornos de ansiedad

Z630 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstan-  
problemas en la relación entre esposos o pareja.

### **Diagnóstico definitivo**

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Desde el día **5 de Enero** hasta el **7 de Diciembre del 2012** la paciente presenta 4 historias clínicas Psiquiátricas y 8 historias clínicas Psicológicas.

En relación a la evaluación somática el doctor N.N indica que la paciente acude a seguimiento debido a problemas persistentes sobre migraña, y dolores en la rótula tratamiento que se continúa.

En base a las historias clínicas psicológicas se obtiene:

La paciente no mostró sentimientos positivos en relación a su terapeuta por lo que decide el cambio de la misma.

Paciente presenta inestabilidad en cuanto a su relación conyugal, ya que en ocasiones su esposo tiende al consumo de alcohol, lo que desencadena descuido por parte del mismo en cuanto al incumplimiento de responsabilidades y actividades en el hogar por ende la paciente asume dichas responsabilidades y obligaciones en el hogar.

La paciente en seguimiento persiste con ansiedad y en terapia se trabaja la relación que tuvo con su madre ya que esta se ve reflejada en el vínculo que mantiene con su segunda hija la misma que es catalogada como insatisfactoria y no ha mostrado cambios significativos. En cuanto a la situación con su esposo es estable sin embargo esto no evitó una recaída que conllevó a interconsulta psiquiátrica.

En el proceso terapéutico se vio la necesidad de dialogar con la hija de la paciente la cual indicó que la relación con su madre no es adecuada debido a actividades académicas que consumen la mayor parte del tiempo, se intenta mejorar la relación paterna lo que conlleva a que la paciente se presente en su próxima sesión más tranquila y relajada.

En relación a las historias clínicas psiquiátricas, estas refieren:

La paciente se presenta a entrevista sin energía y manifestando sintomatología ansiosa, así como la presencia continua de cefaleas. En consultas posteriores acude debido a una crisis de ansiedad sin embargo el esquema terapéutico psiquiátrico no se ha modificado.

En el transcurso de este año a la paciente recibe los siguientes diagnósticos:

### **Diagnósticos presuntivos**

F41 Otros trastornos de ansiedad

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Z630 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias problemas en la relación entre esposos o pareja.

### **Diagnóstico definitivo**

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Desde el día **28 de Enero** hasta el **12 de Diciembre del 2013** la paciente presenta 4 historias clínicas Psiquiátricas y 5 historias clínicas Psicológicas.

Acude a control y manifiesta dolores a nivel somático. A pesar de la terapia de pareja la paciente hace mención a conflictos con su cónyuge.

En la siguiente sesión terapéutica la paciente se presenta adormitada e indica presentar tensión debido a temas laborales en las últimas tres semanas.

Al continuar su proceso terapéutico la paciente presenta conflictos emocionales que atraviesa actualmente en su relación materna filial con su segunda hija lo que desencadena en ella sentimientos de culpa. Además refiere que en cuanto a la relación con su pareja, esta ha ido presentando cambios positivos que han permitido mejorar su relación conyugal.

Mediante su evolución en terapia se aprecia que la relación de la paciente con su hija se ha ido desarrollando de forma positiva que ha dado un avance de manera parcial.

En base a la información recopilada de historias clínicas de Psiquiatría:

La paciente se encuentra en condiciones estables y se continúa con el mismo esquema de tratamiento.

Paciente que acude a control presentando periodos de irritabilidad, ansiedad diurna y en cuanto a la labilidad afectiva no presenta modificaciones a pesar de la medicación.

En el transcurso de este año a la paciente recibe los siguientes diagnósticos:

### **Diagnóstico presuntivo**

F41 Otros trastornos de ansiedad

### **Diagnóstico definitivo**

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Desde el día **10 de Febrero** hasta el **16 de Diciembre del 2014** la paciente presenta 6 historias clínicas Psiquiátricas y 3 historias clínicas Psicológicas

Paciente al acudir a control terapéutico se presenta mejoría en cuanto a su estado anímico.

Al continuar en terapia psicológica manifiesta sentirse inestable emocionalmente por problemas a nivel familiar y conyugal A su vez indica dificultades somáticas en áreas lumbares y constantes cefaleas.

En relación a las historias clínica psiquiátrica se manifiesta lo siguiente:

La paciente al continuar control psicofarmacológico se presenta estable emocionalmente razón por la cual se mantiene el esquema de tratamiento.

La paciente es tratada de forma emergente debido a la presencia de una crisis de ansiedad, lo que provoca cambios en el esquema de tratamiento y en el tiempo de control.

En la posterior sesión se observa que el cuadro de sintomatología ansiosa persiste a pesar de la medicación, indica la presencia de síntomas como insomnio, sentimientos de soledad, apatía y disminución en la energía física.

A lo largo de la terapia psiquiátrica la paciente indica disminución en los síntomas ansiosos, mejoría en el estado anímico y cefaleas continuas que no han mostrado mejoría. En base a los cambios en el estado anímico se modifica el plan de tratamiento.

### **Diagnóstico presuntivo**

F41 Otros trastornos de ansiedad

### **Diagnóstico definitivo**

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Desde el día **8 de Enero** hasta el **5 de Noviembre del 2015** la paciente presenta 6 historias clínicas Psiquiátricas y 3 historias clínicas Psicológicas

Mediante la información obtenida de las historias clínicas psicológicas del año en mención se aprecia:

Acude a cita psicológica en la cual menciona que la relación con su pareja se ha deteriorado debido a que la comunicación es mínima entre los dos.

En la siguiente cita de control la paciente manifiesta sentimientos de tristeza relacionados a problemas conyugales por los cuales atraviesa, razón por la cual se recomienda realizar una terapia de pareja con el objetivo de mejorar el estado anímico de la persona en mención. Se observa decaimiento, apatía, labilidad afectiva e indica que no ha existido disminución en relación a las cefaleas que presentan de manera constante.

En la posterior cita terapéutica la paciente refiere sentimientos de tranquilidad y mejoría en el estado anímico sin embargo indica que a nivel somático la situación o ha mejorado debido a que persisten las constantes cefaleas, se presenta sin energía y con malestar generalizado.

En los continuos encuentros terapéuticos la paciente presenta modificaciones a nivel cognitivo y expresa pensamientos autolíticos, sentimientos de intranquilidad y de tristeza, ambivalencia afectiva y apatía síntomas que permitieron el ingreso de la paciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS en el mes de Julio.

En relación al tiempo de internado que consistió en cinco días la paciente presenta en relación a funciones psíquicas superiores lo siguiente:

En relación a la orientación la paciente se encuentra orientada en las tres esferas, memoria conservada, sensopercepción, en la afectividad se presenta anhedonia, apatía, anergia, abulia, sentimientos de tristeza, soledad e inseguridad, en relación a la voluntad se presenta receptiva, colaboradora y con adecuado contacto visual, en cuanto al pensamiento se aprecia una visión negativa del futuro e ideas de tipo tanáticas. Se dialoga con la paciente la cual indica dificultades a nivel personal y familiar lo que permite el aumento de sintomatología ansiosa y depresiva, indica a su vez que presenta dificultades a nivel somática debido a la presencia constante de cefaleas. Posterior a la entrevista con la paciente se programó una cita con el esposo el cual indicó que su pareja será transferida a una unidad especializada de convenio Clínica Guadalupe ubicada en la ciudad de Quito.

En esta institución de salud la paciente estuvo internada por un periodo de 22 días en el cual mostro mejoría leve, posterior a esto la persona en mención regresó a tratamiento psicológico con el profesional que estuvo a cargo de la misma antes de ser transferida a la ciudad Quito.

En la siguiente cita la paciente refiere presentar sintomatología ansiosa depresiva en mayor intensidad durante el lapso de un mes razón por la que se decide aumentar la dosis de la medicación. A pesar de ello persiste el cuadro mixto ansioso depresivo y

aparece síntomas como el no manejo de pensamientos adecuados, anhedonia, apatía, hipoabulia, labilidad emocional, llanto fácil, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, persistencia de ideación irracional e insomnio de mantenimiento sin causa aparente.

Mediante el proceso terapéutico la paciente indica presentar leve mejoría en su estado anímico, sin embargo persiste ideación irracional y pensamientos automáticos desencadenados por conflictos a nivel familiar.

A pesar del trabajo interdisciplinario la persona en mención presenta recaídas desencadenadas por factores familiares y conflictos con su cónyuge por lo que se planea terapia de pareja.

En cuanto a las historias clínicas psiquiátricas se obtiene la siguiente información:

Acude a control psiquiátrico en condiciones estables razón por lo cual se continúa con el esquema de tratamiento.

Presenta a nivel psicológico ansiedad y depresión, en el área somática manifiesta migraña, hipotiroidismo, hernia discal, colecistectomía.

En relación a las cefaleas la paciente refiere la presencia de constantes cefaleas holocraneanas de gran intensidad tipo opresivo de predominio de lado derecho, además de astenia, tristeza, labilidad emocional, como causa aparente refiere problemas emocionales de índole familiar, el cuadro se acompaña de náuseas que produce arcadas sin llegar al vomito. Además refiere mialgias de miembros inferiores por lo que acude a neurología quien indica que se debe a factores psicológicos por lo que derivan al área de psiquiatría.

Durante los controles psiquiátricos la paciente refiere varias crisis migrañosas, cefaleas holocraneanas intensas, hipotiroidismo, insomnio de mantenimiento, labilidad afectiva, mialgias de miastenia, lapsos de amnesia y tristeza desencadenada por factores emocionales de índole familiar y laboral.

En este año la paciente recibe los siguientes diagnósticos:

### **Diagnósticos definitivos**

G431 Migraña

Migraña con aura (migraña clásica)

F412 Trastorno Mixto Ansioso Depresivo

**Fármacos administrados a la paciente durante el desarrollo del cuadro mixto ansioso depresivo.**

<b>Año</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Efecto</b>
<b>2011</b>	Alprazolam	1MG VO HS	Benzodiacepina que ejerce su acción ansiolítica mediante su interacción con sitios de unión de alta afinidad ubicados en los receptores cerebrales. Estos receptores interactuarían con los receptores para el ácido gamaaminobutírico (GABA), potenciando los efectos inhibitorios de este compuesto. Así, el GABA modularía el efecto de otros sistemas monoaminérgicos, disminuyendo la ansiedad.
	Escitalopram	10 MG	Antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (5-HT) con alta afinidad por el sitio de unión primario. También se une a un sitio alostérico del transportador de la serotonina, con una afinidad 1000 veces menor. La modulación alostérica del transportador de serotonina intensifica la unión del Escitalopram al sitio de unión primario, resultando en una más completa inhibición de la recaptación de serotonina.
<b>2012</b>	Alprazolam	1MG VO HS	Benzodiacepina que ejerce su acción ansiolítica mediante su interacción con sitios de unión de alta afinidad ubicados en los receptores cerebrales. Estos receptores interactuarían con los receptores para el ácido gamaaminobutírico (GABA), potenciando los efectos inhibitorios de este compuesto. Así, el GABA modularía el efecto de otros sistemas

			monoaminérgicos, disminuyendo la ansiedad.
	Escitalopram	10 MG	Antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (5-HT) con alta afinidad por el sitio de unión primario. También se une a un sitio alostérico del transportador de la serotonina, con una afinidad 1000 veces menor. La modulación alostérica del transportador de serotonina intensifica la unión del Escitalopram al sitio de unión primario, resultando en una más completa inhibición de la recaptación de serotonina.
<b>2013</b>	Escitalopram	1MG VO HS	Antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (5-HT) con alta afinidad por el sitio de unión primario. También se une a un sitio alostérico del transportador de la serotonina, con una afinidad 1000 veces menor. La modulación alostérica del transportador de serotonina intensifica la unión del Escitalopram al sitio de unión primario, resultando en una más completa inhibición de la recaptación de serotonina.
	Risperidona	3 GOTAS VO HS	Fue el segundo antipsicótico atípico de última generación que se comercializó. Disminuye síntomas negativos y cognitivos, también genera cierto efecto antidepresivo.
	Venlafaxina	75 MG VO AM	Es levemente distinta a los ISRS, ya que en dosis altas, bloquea la recaptación de serotonina y norepinefrina sin bloquear otros

			neurotransmisores (en dosis bajas, sólo bloquea la serotonina y actúa como los demás ISRS. Clínicamente, es efectiva en pacientes que no han tenido resultados con los antidepresivos serotoninérgicos puros, tal vez porque afecta a dos sistemas químicos diferentes involucrados en la depresión.
<b>2014</b>	Diazepam	1 AMPOLLA control de 72 horas	Actúa principalmente sobre el sistema límbico (núcleo amigdalino, hipocampo y septum). Tiene gran valor para aliviar la ansiedad, la tensión, la inquietud, la excitación psicomotriz, las distimias, los trastornos somáticos de la ansiedad y la hipocondriasis.

	<b>Alprazolam</b>	<b>1MG VO HS (media/media)</b>	<b>Benzodiacepina que ejerce su acción ansiolítica mediante su interacción con sitios de unión de alta afinidad ubicados en los receptores cerebrales. Estos receptores interactuarían con los receptores para el ácido gamaaminobutírico (GABA), potenciando los efectos inhibitorios de este compuesto. Así, el GABA modularía el efecto de otros sistemas monoaminérgicos, disminuyendo la ansiedad.</b>
<b>2015</b>	Venlafaxina	150mg	Es levemente distinta a los ISRS, ya que en dosis altas, bloquea la recaptación de serotonina y norepinefrina sin bloquear otros neurotransmisores (en dosis bajas, sólo bloquea la serotonina y actúa como los demás ISRS. Clínicamente, es efectiva en pacientes que no han tenido resultados con los antidepresivos serotoninérgicos puros, tal vez porque afecta a dos sistemas químicos diferentes involucrados en la depresión.
	Clonazepam	2MG VO QD	Anticonvulsivo, pero con efecto sedante menos marcado. Inhibe la función excitatoria producida por el foco epileptógeno, pero en este no se eleva el umbral, por tanto, las descargas anormales permanecen limitadas en el foco. Parte del mecanismo antiepiléptico se ha relacionado con el incremento del GABA, posiblemente por una modificación en el receptor gabérgico

Propranolol Clorhidrato	40MG VO BID	Por ser un bloqueador beta-adrenérgico se utiliza para los trastornos simpáticos por hiperfuncionamiento de esta parte del sistema nervioso autónomo. El efecto ansiolítico se debe a su acción puramente periférica, atenuando la expresión fisiológica del estrés normal o anormal. No produce somnolencia y el tiempo de reacción visomotora no se altera.
Levotiroxina	100 MCG LOS DIAS PARES Y 50 MCG DIAS IMPARES	Es un tipo de hormona que reemplaza la función de la hormona tiroidea, cuando esta se encuentra disminuida. Disminuye la sintomatología como la caída del cabello, sueño, palidez, cansancio, peso.
Venlafaxina	75 MG QD	Es levemente distinta a los ISRS, ya que en dosis altas, bloquea la recaptación de serotonina y norepinefrina sin bloquear otros neurotransmisores (en dosis bajas, sólo bloquea la serotonina y actúa como los demás ISRS. Clínicamente, es efectiva en pacientes que no han tenido resultados con los antidepresivos serotoninérgicos puros, tal vez porque afecta a dos sistemas químicos diferentes involucrados en la depresión.
Risperidona	5 GTS VO HS	Fue el segundo antipsicótico atípico de última generación que se comercializó. Disminuye síntomas negativos y cognitivos, también genera cierto efecto antidepresivo.
Midazolam	10ML/H	Inductor del sueño. A los 15 minutos tranquiliza e induce al sueño. Es una

			benzodiacepina de corta acción que actúa a nivel de las regiones límbica, talámica e hipotalámica del SNC produciendo diferentes niveles de depresión que incluyen sedación, hipnosis, relajación muscular y efecto anticonvulsivo. Ejercen sus efectos a través del complejo ácido gamma aminobutírico (GABA) receptor de benzodiacepinas.
	Lamotrigina	25 MG VO HS QD	Utilizada especialmente para la <u>epilepsia</u> , y el <u>trastorno bipolar</u> (al ser utilizado como estabilizador del ánimo). En general, es muy bien tolerada. Ocasionalmente produce vértigo o visión doble. Se ha informado de dolor de cabeza, pero este desaparece a los pocos días.
	Venlafaxina	150 MG VO QD	Es levemente distinta a los ISRS, ya que en dosis altas, bloquea la recaptación de serotonina y norepinefrina sin bloquear otros neurotransmisores (en dosis bajas, sólo bloquea la serotonina y actúa como los demás ISRS. Clínicamente, es efectiva en pacientes que no han tenido resultados con los antidepresivos serotoninérgicos puros, tal vez porque afecta a dos sistemas químicos diferentes involucrados en la depresión.
	Topiramato	25 MG BID	Antiepiléptico, anticonvulsivante que actualmente se lo utiliza como antimigrañoso. Es uno de los pocos medicamentos que hacen perder peso. Puede revertir parte del aumento de peso producido por otros fármacos, incluyendo aquel causado por la olanzapina y la clozapina. La pérdida de

			peso es leve y puede que non se mantenga a través de los años. También se usa como modulador del ánimo, pero la información no es clara.
--	--	--	--

**Tabla 1:** Fármacos administrados a la paciente durante el desarrollo del cuadro mixto ansioso depresivo.

**Autor:** Calderón J, (2016).

**Fuente:** Análisis De Caso Clínico - “Trastorno Mixto Ansioso Depresivo”

## **Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud**

En el año 2000 la paciente presentaba parálisis parcial del miembro superior izquierdo por ende decidió acudir a un profesional de salud en el Hospital Docente Regional Ambato, el galeno cual le indica que no existe dificultad a nivel somático y posiblemente la dificultad tenga origen psicológico, el profesional a cargo no se encontraba capacitado para otorgar terapia psicológica, sin embargo le indica a la paciente que acuda a su consultorio en la Clínica Tungurahua para empezar con un tratamiento netamente psicológico. La paciente decide abandonar la terapia porque consideró que el profesional no poseía la capacidad adecuada para tratar su problema además de un posible acoso por parte del mismo.

A pesar de las negativas que presentó la paciente para iniciar con un proceso terapéutico psicológico, acudió a una entrevista psicológica en el año 2003 debido al fallecimiento de su madre ya que este acontecimiento desencadenó una manifestación grave de síntomas del cuadro mixto ansioso depresivo por lo cual decide empezar un tratamiento psicológico en la casa de salud BIOCENTER donde se le brindó atención inmediata debido a que presentaba sintomatología depresiva, bajo peso y crisis de angustia, posterior a recibir la atención necesaria la paciente decide desistir del tratamiento.

La paciente acude en el año 2011 a su primera cita psiquiátrica en el Hospital Docente Regional Ambato debido a un cuadro mixto ansioso depresivo, la paciente describe a este profesional como agresivo, mordaz y descortés razón por la cual pide el cambio de profesional en la misma institución de salud, sin embargo es transferida al Hospital IESS Ambato siendo tratada por la misma profesional en Psiquiatría.

A la par del tratamiento psiquiátrico recibe tratamiento psicológico adecuado por parte de un profesional capacitado en el Hospital IESS Ambato sin embargo presentaba dificultad en relación a los horarios de consulta por lo cual asiste a otro profesional e indica que con este se presentó gran empatía y agrado pero debido al factor del horario es transferida nuevamente a otro profesional con la cual acude hasta la fecha, la paciente indica la presencia de empatía, sentimientos positivos y una relación adecuada entre terapeuta y paciente, sin embargo fue atendida por una ocasión por otro profesional psiquiatra pero no hubo cambios en el esquema psicofarmacológico.

El 17 de Julio del 2015 la paciente es trasladada a petición del área de psiquiatría a la Clínica Guadalupe ubicada en la ciudad de Quito debido a una recaída, en esta institución es atendida por un profesional en psiquiátrica el cual la paciente lo percibió como profesional competente, en esta institución permaneció por un periodo de 22 días, sin embargo la paciente acude una vez al mes con este profesional y a su vez es atendida por el área de Psiquiatría en Ambato, este hecho es conocido por los profesionales a cargo del caso.

La paciente a pesar de los avances en el esquema terapéutico ha mostrado resistencia en cuanto al tratamiento psiquiátrico debido a la respuesta y cambios que los fármacos presentan.

## **Identificación de los Puntos Críticos**

Nos encontramos frente a un cuadro de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo por lo que la paciente sigue asistiendo a interconsulta, donde no se logra una estabilidad en la paciente, recibiendo tratamiento farmacológico y psicológico.

Se puede notar que los factores precipitantes o estresantes que se encuentran en este caso y en cuanto a su entorno no se pueden desenvolver de manera normal, debido a su sintomatología ansiosa que actualmente persiste más debido a fuertes crisis y su sintomatología depresiva que la mantiene con anhedonia, labilidad emocional, llanto fácil, entre otros.

El Trastorno Mixto Ansioso Depresivo resulta asociado con la edad de la madre, problemas en el parto, miedo a ser maltratado, estar preocupado por la familia y tomar medicación a diario. Tener más edad, estar preocupado por la familia, el alcoholismo familiar, las complicaciones durante el embarazo, tener enfermedades frecuentes, los hándicaps físicos y el estado psicopatológico de la madre fueron los mejores predictores de los trastornos depresivos.

Las dificultades académicas y tener un menor nivel intelectual se encontraron relacionadas con los trastornos de conducta y ansiedad.

Los factores tempranos que resultaron significativos estaban diferencialmente asociados con las cuatro categorías: las complicaciones durante el embarazo aumentaban el riesgo de los trastornos depresivos, fumar durante el embarazo y tener problemas de comportamiento en los 5 primeros años de vida predecían los trastornos de conducta, los problemas durante el parto los de ansiedad.

Los datos relativos a la historia médica se asociaban preferentemente con depresión. Cabe mencionar que aunque la variable de «hospitalización», globalmente considerada, no resultó significativamente asociada con los trastornos depresivos, aunque cuando la estancia en el hospital había sido motivada por problemas de tipo psicológico.

### Caracterización de las oportunidades de mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
<b>Demanda</b>	Síntomatología ansiosa y depresiva
<b>Educación para la Salud</b>	Terapia racional emotiva TCC Terapia de Autoestima Terapia familiar y de pareja
<b>Niveles de Atención</b>	Médicos: Psicólogo Psiquiatra Neurólogo Ginecólogo
<b>Protocolos de atención</b>	El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad,

	<p>equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicare el sistema de Seguro General Obligatorio que forma parte del Sistema Nacional de Seguridad Social.</p>
<p><b>Sistema de garantía de la calidad</b></p>	<p>El Hospital IESS Ambato ubicado en la provincia de Tungurahua en la ciudad de Ambato, ubicado al norte de la ciudad en la dirección Dr. Rodrigo Pachano Lalama 1076 y Edmundo Martínez, se encuentra ubicado el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.</p>

**Tabla 2.** Caracterización de las oportunidades de mejora

**Autor:** Calderón J, (2016).

**Fuente:** Análisis De Caso Clínico - “Trastorno Mixto Ansioso Depresivo”

### PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Objetivos	Técnica	Descripción	Tiempo	Resultado esperado
<b>Establecer una relación empática paciente-terapeuta</b>	Encuadre	Establecer el encuadre terapéutico en el cual constan normas, expectativas y responsabilidades por parte de la paciente.	3-5 sesiones	Mejorar relación empática paciente-terapeuta
	Asentir	Mediante esta técnica el paciente percibirá que el terapeuta presta la debida atención que la paciente necesita por parte del terapeuta.		
	Escucha activa	Escuchar atentamente el discurso del paciente		
	Modular el tono de voz	Mantener el mismo nivel de tono de voz del paciente, de esta manera el paciente no se sentirá bombardeado.		
	Equidistancia	El terapeuta debe mantener una distancia adecuada con el paciente, no tan cerca porque el paciente se sentirá invadido ni a su vez lejos por que el paciente se sentirá rechazado.		

Área	Síntoma	Objetivos	Técnica	Descripción	Tareas	Tiempo	Resultado esperado
<b>Cognitiva</b>	Pensamientos automáticos como:  Pensamientos autolíticos  Ideas catastróficas	Educar a la paciente en relación al proceso de pensar, sentir y actuar.	Psicoeducación  Informativa	Se le enseña a la paciente la relación existente y la influencia en el proceso de pensar, sentir y actuar.	Realizar un escrito con ejemplos acerca de la relación entre pensar, sentir y actuar.	2 sesiones	Aprendizaje por parte de la paciente.
		Reconocer pensamientos automáticos.	Registro de pensamientos	Mediante metáforas enseñar a la paciente a reconocer pensamientos automáticos.	Se le pide a la paciente realizar una tabla en donde describa los pensamientos que presenta durante el día.	1 sesión	Adecuar las conductas de la paciente de acuerdo al pensamiento automático que se presente.
		Identificar pensamientos automáticos	Registro de pensamientos.	Mediante anécdotas pedir a la paciente que identifique el tipo de pensamiento automático que	Se le pide a la paciente realizar una tabla en donde identifique los pensamientos que presenta durante el día.	1 sesión	Mejorar la habilidad de la paciente para identificar el tipo de pensamiento que

				presenta.			posee.
		Modificar la estructura de la creencia intermedia y central.	El periodista	Contrarrestar las pruebas que apoyan los pensamientos automáticos	Se le pide al paciente que realice un cuestionario en el cual conste el pensamiento automático, posterior se le indica que dicho cuestionario debe ser contestado por personas a las cuales conozca, para después analizar las respuestas en la sesión terapéutica.	2 sesiones	Modificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales de la paciente
			Ficha de afrontamiento	Establecer con la paciente un contrato o un acuerdo para garantizar su seguridad. Debe ser específico e incluir estrategias alternativas de resolución de problemas.	Realizar una ficha de afrontamiento que conste de posibles soluciones para evitar que la paciente realice daño hacia su integridad dicha ficha debe ser usada en cada momento que el pensamiento autolíticos se presente.	2 sesiones	Disminución en la ideación suicida.
	Olvidos frecuentes	Disminuir la frecuencia con la cual se presenta los	Post it	Se realiza con la paciente una lista de los hechos que con mayor	Se indica a la paciente que debe llevar consigo la lista realiza y si es el caso aumentar esta lista.	1 sesión	Evitar olvidar hechos y acontecimientos recientes.

		olvidos frecuentes.		frecuencia se le olvida.			
--	--	---------------------	--	--------------------------	--	--	--

Área	Síntoma	Objetivos	Técnica	Descripción	Tareas	Tiempo	Resultado esperado
<b>Afectiva</b>	Apatía (conversar con su hija, interactuar con sus pares, mejorar la relación de pareja)	Mejorar capacidad empática hacia su entorno.	Haga algo diferente	Explicarle a la paciente que existen formas para modificar el comportamiento apático.	Se le indica a la paciente que en cada ocasión que presente apatía realice una acción diferente a lo acostumbrado, como por ejemplo mostrar interés o involucrarse activamente en un tema.	1 sesión	Modificar la forma habitual con la cual maneja una situación.
			La pequeña felicidad	Indicarle que piense en actividades con las cuales presenta	Se le indica que todos los días antes de acostarse piense en las actividades a las muestra desinterés y que escriba una	1 sesión	Mostrar mayor interés a actividades diarias

				desapego y motivarle a la realización de las mismas.	solución para que se involucre con esta situación.		realizadas sin anergia.
	Ambivalencia afectiva  Labilidad afectiva	Identificar ante que estímulos se producen cambios notorios en emociones.	Pastel de responsabilidad	Explicarle a la paciente que ella posee cierto nivel de responsabilidad sobre el problema que le sucede, se realiza una lista con los factores que contribuyen a la aparición del síntoma posterior la paciente debe indicar que parte del problema es su responsabilidad.	Cada ocasión que se presente el síntoma la paciente deberá tomar conciencia sobre el nivel de responsabilidad que tiene sobre sus emociones.	1 sesión	Disminuir niveles de ambivalencia y labilidad afectiva, concientizar en la paciente el sentido de responsabilidad sobre el problema que le aqueja.

	Sentimientos de intranquilidad  Soledad	Disminuir la frecuencia de la sintomatología	Cofre del tesoro	Se realiza con la paciente varias frases motivacionales las cuales contrarrestaran los síntomas y permitirán mejorar el estado anímico.	Se le pide a la paciente que cree un cofre en el cual coloque las frases creadas en la sección, posterior se le indica que lea un mensaje del cofre cada vez que tenga sentimientos de tristeza, soledad e intranquilidad	1-3 sesiones	Mejorar el estado anímico de la paciente
			Carta para los días de lluvia	Se realiza una lista de fortalezas y cualidades de la paciente y se le propone que escriba una carta dirigida a ella misma la cual le sirva de ayuda en días con desequilibrio	Realizar una carta con la lista de fortalezas y cualidades en donde aspectos como su autoestima se vean mejorados.	1-3 sesiones	Incluir fortalezas, cualidades y recursos que le sean de ayuda en los días con dificultad en el estado anímico.

				emocional			
	Anhedonia	Disminuir la presencia del síntoma	Programación de actividades agradables	Se le orienta a la paciente a realizar un calendario semanal sobre actividades escogidas que le permitan levantar su estado anímico.	Planea un día perfecto	1-3 sesiones	La paciente ejerza control sobre qué es lo que hace ella que ayuda a tener un día mejor y qué es lo que hace o deja de hacer que la lleva a tener un día peor.
	Depresión (Llanto fácil, Tristeza, Irritabilidad, Sentimientos de minusvalía)	Disminuir sintomatología depresiva	Adiós-Hola	Se le pide a la paciente que realice una carta de despedida dirigida a la depresión, en dicha carta debe	Realizar una lista de las situaciones que no se sucederán más o que la persona dejara de hacer a partir de ese momento.	1-3 sesiones	Realizar un avance en el cual la paciente se desprenda de su sintomatología.

				expresar su agradecimiento y razones por la cual ya no la necesita.			
			De momento no mejore	Se le explica a la persona que en vista a las circunstancias hay motivos para estar deprimida y que por lo tanto no hay necesidad de precipitarse a las mejores.	Reflexionar sobre la posibilidad que tiene la paciente para mejorar su estado anímico.	1-3 sesiones	Evitar preocupaciones que alteren el estado de ánimo.
			Tarea de predicción	Se le indica a la paciente que de forma diaria debe hacer una predicción sobre sí	Explicar a la paciente que todas las noches antes de acostarse realice una predicción como, salir un día en familiar, mantener un	1-3 sesiones	Aumentar las expectativas de la paciente en cuanto a la resolución de su

				<p>misma para el día siguiente, esta predicción consiste en la capacidad que presenta la paciente para alcanzar un objetivo de la terapia.</p>	<p>dialogo adecuado con su hija y compartir con sus amigas entre otras.</p>		<p>problema.</p>
			<p>Escribir mensajes negativos</p>	<p>Pensar en los mensajes negativos que ha recibido de otros, debe concentrarse en el sentimiento de malestar que le ocasiona durante un tiempo de 30 min para posterior destruir estos mensajes, por</p>	<p>Anotar los mensajes negativos que recibe.</p>	<p>1-3 sesiones</p>	<p>Crear efecto paradójico y disminuir la atención a los mensajes negativos.</p>

				<p>último se le pide a la paciente que durante 10 min escriba mensajes positivos con la mano no dominante.</p>			
			<p>Incordiando al muñeco</p>	<p>En terapia se realiza junto a la paciente un muñeco en el cual se ve reflejado el dolor o queja de la paciente.</p>	<p>Cada ocasión que la paciente presenta síntomas de la problemática se puede enfrentar al muñeco y externalizar el problema.</p>	<p>1-3 sesiones</p>	<p>Observar la perspectiva que la paciente presenta sobre su problema</p>

Área	Síntoma	Objetivos	Técnica	Descripción	Tareas	Tiempo	Resultado esperado
<b>Conductual</b>	Abulia Hipoabulia	Elevar niveles de voluntad	Horario con imágenes	Junto con la paciente se realiza un horario semanal en el cual se ubicara imágenes de actividades habituales escogidas que ha dejado de realizar.	Durante la semana, la paciente debe realizar de forma diaria la actividad que muestra el horario, en caso de existir inconvenientes en la realización de alguna actividad anotar por qué y cual actividad en específico.	2 sesiones	Lograr que la paciente presente interés en realizar actividades cotidianas.

Área	Síntoma	Objetivos	Técnica	Descripción	Tareas	Tiempo	Resultado esperado
<b>Somática</b>	Ansiedad (angustia, inseguridad, dificultades en concentración )	Disminuir los niveles de ansiedad	Respiración controlada	Permitir que la paciente permanezca en una posición adecuada e indicarle que inhale aire y lo mantenga por un	Antes de dormir la paciente respirará 10 veces de la manera como se le ha indicado en terapia y después de realizar estos ejercicios tomarse un vaso de agua antes de dormir.	2 sesiones	Mediante la respiración controlada la paciente tenga presente que si se presenta de nuevo la

				tiempo en su pecho y después exhale despacio y que lo haga de esta manera cinco veces.			sintomatología ansiosa sepa que la respiración es una alternativa favorable.
			Relajación muscular progresiva	Realizar relajación muscular progresiva de Jacobson.	En casa la paciente utilizará ropa liviana y realizará ejercicios que se le indiquen en terapia.	1 sesión	Tolerar la relajación en un tiempo determinado para que la paciente disminuya su ansiedad y pueda concentrarse en sí misma.
			El diario de abordó	Se le entrega a la paciente un pequeño cuaderno y se le indica que	Llenar el diario siempre que presente una crisis de ansiedad o sienta que está presentando ansiedad sin	2 sesiones	Recoger información y evaluar de una mejor manera la

				<p>en cada ocasión que presente una crisis lo escriba junto a fecha, lugar, situación y acciones, lo mismo que será analizado en la sesión posterior</p>	<p>llegar a una crisis.</p>		<p>ansiedad.</p>
			<p>Carta de despedida</p>	<p>Junto con la paciente se realiza una carta la cual está dirigida a la ansiedad, en esta carta debe agradecer a su problema por los servicios prestados e indicar las razones por cual</p>	<p>Realizar una lista de las posibles expectativas que posee la paciente acerca de llevar una vida sin ansiedad.</p>	<p>1 sesión</p>	<p>Motivar a la paciente al cambio y encontrar una razón por la cual desea superar su problema.</p>

				quiere prescindir de él.			
			Ventajas de la ansiedad	Reconocer e identificar las diferencias entre el estado ansioso y el estado de eutimia.	Realizar una lista de las ventajas que tendría para ella seguir con la ansiedad	1 sesión	Obtener una nueva perspectiva sobre la ansiedad.
			Llamar a la ansiedad	Explicar a la paciente que se necesita saber más sobre la ansiedad para ofrecerle una ayuda eficaz y se le pide que ella provoque la	Se pide a la paciente que cada vez que presente una crisis de ansiedad se traslade a su lugar seguro.  La paciente cuenta con el apoyo de su cónyuge y con él	2 sesiones	Encontrar un lugar seguro.

				aparición de la ansiedad y se le recomienda que elija un lugar tranquilo en el cual se sienta segura.	puede realizar la técnica practicada en terapia siempre y cuando el espacio sea adecuado y reconfortante.		
			Espacio libre de ansiedad	Se indica a la paciente que durante un momento del día no dará lugar a la ansiedad, para ello deberá ser acompañada de su familia.	La paciente debe escoger una comida del día en la cual temas como la ansiedad no saldrán a flote e intentara mostrar interés en temas familiares	1 sesión	Disminuir malestar de la sintomatología ansiosa
	Insomnio	Promover hábitos de sueño saludables	Higiene del sueño	Promover psicoeducación para un hábito adecuado de sueño.	La paciente debe realizar los siguientes pasos: -No se acueste hasta que no	1 sesión	Incluir hábitos de sueño que permitan mejorar niveles

					<p>se sienta somnolienta.</p> <p>-Establezca una rutina antes de acostarse.</p> <p>-Levántese aproximadamente a la misma hora por las mañanas.</p> <p>-No duerma la siesta</p> <p>-No use su cama o habitación para otras actividades que no sea dormir.</p>		de somnolencia.
	Decaimiento	Facilitar la prevención de recaídas.	Relajación y respiración	Se le enseña a la paciente ejercicios de relajación y la manera adecuada de respirar.	Practicar ejercicios de respiración y relajación.	1 sesión	Aprender a utilizar la relajación y respiración de manera adecuada.
	Cefaleas Hipotiroidismo	Conocer la naturaleza del problema.	Interconsulta	Se le indica a la paciente que debe asistir a	Asistir a interconsulta	1 sesión	La paciente reciba un tratamiento para

	Hernia discal Colecistectomía Astenia Mialgias Nauseas			interconsulta para un adecuado tratamiento para la queja somática.			disminuir con la dificultad a nivel somático.
		Desarrollar habilidades y estrategias necesarias para reducir y controlar episodios de dolor	Realizar un cuestionario.	El terapeuta realiza un plan de prevención de recaídas relacionadas a la problemática del paciente.	Dedique un tiempo a reflexionar sobre las preguntas que encontrara en el plan de prevención de recaídas y realice aquellas anotaciones que le parezcan más relevantes en su situación personal.	2 sesiones	Permitir que la paciente desarrolle habilidades que le permitan superar una recaída por ella misma.

Área	Síntoma	Objetivos	Técnica	Descripción	Tareas	Tiempo	Resultado esperado
<b>Interpersonal</b>	Introversión	Modificar comportamiento introvertido	Rol play	Junto el terapeuta establecer una situación social en la cual la paciente debe interactuar activamente e iniciar un dialogo, debe continuar intentar establecer contacto aunque el terapeuta se presente reacio al dialogo.	Se le pide a la paciente que durante el transcurso de la semana intente iniciar un dialogo.	1-2 sesiones	Mejorar habilidad que disminuyan el comportamiento introvertido
		Instaurar estrategias que mejoren habilidades sociales	Entrenamiento en habilidades sociales	Se le enseña a la paciente, diferentes técnicas como la exposición y el reforzamiento, en el cual se le indica a la paciente los resultados positivos	Se le pide a la paciente que durante el transcurso de la semana se exponga ante situaciones sociales y observe las respuestas positivas.	1-4 sesiones	

				que conlleva un comportamiento social adecuado.			
	Baja tolerancia	Mejorar niveles de tolerancia	Concentrarse en resolver el problema	Analizar de manera sistemática diferentes métodos para resolver el problema, la paciente debe proponer posibles soluciones a su problema	Se le indica a la paciente que aplique las posibles soluciones ante estímulos problemáticos	1-3 sesiones	Manifestar reacciones positivas en la paciente frente a factores estresores causantes de su baja tolerancia

**Tabla 3:** Plan terapéutico

**Autor:** Calderón J, (2016)

**Fuente:** Análisis De Caso Clínico - “Trastorno Mixto Ansioso Depresivo”

## CONCLUSIONES

- En base al análisis del caso propuesto de Trastorno Mixto Ansioso depresivo se concluye que los factores desencadenantes del mismo en la paciente se debe a la exposición de factores estresores desde la niñez, tales como, abusos sexuales, los mismos que presentaron sintomatología en la adolescencia, debido a la ausencia de un tratamiento adecuado se convirtió en la vida adulta un trastorno mixto ansioso depresivo, el cual se mantiene debido a la baja resiliencia e hipoabulia de la paciente y se presenta como crisis ante factores estresantes a nivel familiar, esto ha provocado que la paciente presente dificultad a nivel somático específicamente caracterizado por las migrañas continuas.
- Se observa que como factores de riesgo se presenta la edad, ya que este trastorno es común entre los adultos de 20-40 años de edad, se observa que otro factor es el género ya que este cuadro sindrómico se presenta con mayor frecuencia en el género femenino ya que las mujeres son más propensas a desarrollar esquemas cognitivos semejantes a la indefensión aprendida, e incluso a nivel social, la mujer presenta mayor exposición al estrés y claras desventajas sociales. Es común que los pacientes con esta patología presenten dificultades a nivel somático.
- En base a los resultados obtenidos de los reactivos psicológicos aplicados como Hamilton Ansiedad y Hamilton Depresión se obtiene que la paciente presenta ansiedad grave y depresión grave, sintomatología que no ha mostrado mejoría significativa.
- De acuerdo al plan de tratamiento alternativo desarrollado se estima que la paciente disminuya los niveles de ansiedad y depresión que la aquejan.

## Referencias Bibliográficas

### Bibliografía

- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 Tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja*. Barcelona: Herder editorial, SL Barcelona.
- Cervecera, G. (2011). *Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos* (Vol. 2).
- Fresenius, K. (2016). *Ringer Lactato- Indicaciones y usos* . Chile.
- Goncalves , F., Gonzalez, V., & Vasquez, J. (2003). *atencion primaria de calidad. Guia de buena practica clinica en depresion y ansiedad*. Madrid: International Marketing & Communications S.A (IM&C).
- M, D., Sevillano García, R., Manso Calderon, & Cacabelos Pérez. (2007).  
Cormobilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estres y trastornos del sueño.  
(Salamanca, Ed.) *Revista de Neurología*(45), 400.
- Masson. (Barcelona). *American Psychiatric Association DMS-IV-TR: Manual diagnostico y estadisitico de los trastornos mentales*. 2003.
- Meditor. (1994). *Organización Mundial de la Salud CIE X*.
- Moix, J. (2009). *Manual del dolor Tratamiento Cognitivo del dolor crónico*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Ronald, J. (1998-2002). *Psicofarmacología para todos*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Uriarte, V. (1985). *Psicofarmacología*. México: Editorial Trillas.

### Linkografía

- Ascencio de Palacios, M. (2011). *Trastorno Mixto Ansioso Depresivo. Escala de Ansiedad de Hamilton*. Obtenido de  
[http://www.medicosdeelsalvador.com/Detailed/Art\\_culos\\_M\\_dicos/Psiquiatr\\_a/Trastorno\\_Mixto\\_-\\_Ansioso\\_-\\_Depresivo.\\_Escala\\_de\\_Ansiedad\\_de\\_Hamilton\\_2566.html](http://www.medicosdeelsalvador.com/Detailed/Art_culos_M_dicos/Psiquiatr_a/Trastorno_Mixto_-_Ansioso_-_Depresivo._Escala_de_Ansiedad_de_Hamilton_2566.html)
- Carbonell, M., Marín, A., & Díaz, R. (2015). AFECTIVIDAD NEGATIVA Y POSITIVA EN ADULTOS CUBANOS CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, DEPRESIVA Y SIN TRASTORNOS. *Terapia psicológica*. Obtenido de  
<http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&aut>



## **Anexos**

## ANEXO A

Ambato, 30 de Diciembre de 2015

Yo \_\_\_\_\_ con la CI: \_\_\_\_\_ representante de \_\_\_\_\_ autorizo que la Srta. Jacqueline Calderón estudiante de la Universidad Técnica de Ambato, carrera de Psicología Clínica tome la información de mi representada con el fin de obtener el Título de Psicóloga Clínica con la Modalidad de estudio de caso.

Cabe recalcar que la información será utilizada con fines académicos.

.....

Firma

**ANEXO B**

**Entrevista realizada a la profesional de salud de la paciente N.N quien está a cargo del tratamiento Psicológico**

- 1. ¿Cuál es el motivo de consulta por el cual llega la paciente a terapia?**  
.....  
.....  
.....
  
- 2. ¿Cuáles son los factores debidos a la ansiedad y depresión en la paciente?**  
.....  
.....  
.....
  
- 3. ¿Cuál es el tiempo que lleva la paciente en tratamiento psicológico y desde qué casa de salud?**  
.....  
.....  
.....
  
- 4. ¿Cuáles fueron los profesionales de salud que atendieron a la paciente?**  
.....  
.....  
.....
  
- 5. ¿Cómo es la evolución de la paciente durante el tiempo de tratamiento?**  
.....  
.....  
.....
  
- 6. ¿La paciente ha sido consiste en terapia psicológica?**  
.....  
.....  
.....

**7. ¿Cuál es el criterio que el esposo de la paciente N.N. menciona en cuanto a su esposa?**

.....  
.....  
.....

**8. ¿Qué tipo de tratamiento se le inició a la paciente N.N?**

.....  
.....  
.....

**9. ¿Cómo ha respondido la paciente al tratamiento durante este tiempo?**

.....  
.....  
.....

**10. ¿Cuál es el pronóstico que usted considera en la paciente?**

.....  
.....  
.....

## ANEXO C

### Entrevista realizada al conyugue de la paciente

**1. Datos informativos del esposo de la paciente N.N**

.....  
.....  
.....

**2. ¿Cómo considera usted la relación con su pareja?**

.....  
.....  
.....

**3. ¿Qué es lo que no ha hecho y que podría hacer para que su relación de pareja mejore?**

.....  
.....  
.....

**4. ¿Qué expectativas usted tiene en cuanto a la relación con su pareja?**

.....  
.....  
.....

**5. ¿Qué expectativas usted tiene en cuanto a la terapia de pareja?**

.....  
.....  
.....

**6. ¿Usted considera que el tratamiento integral que ha recibido su esposa tanto psicológico como psiquiátrico ha sido favorable?**

.....  
.....  
.....

**7. ¿Cuáles considera que son los factores que se mantienen para el estado anímico en el que se encuentra su esposa?**

.....  
.....  
.....

**8. ¿Ha observado usted cambios que ayuden a salir del estado en el que se encuentra su esposa?**

.....  
.....  
.....

**9. ¿Usted considera que existe apoyo en su familia para que haya favorecido en el tratamiento que recibe su esposa?**

.....  
.....  
.....  
.....

**10. Especifique cuál es la principal función que usted cumple para el avance a la mejora de la situación actual de su esposa.**

.....  
.....  
.....

## ANEXO D

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

<b>Autor</b>	M. Hamilton.
<b>Referencia</b>	<i>The assessment of anxiety states by rating.</i> Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55.
<b>Evalúa</b>	Intensidad de la ansiedad.
<b>Nº de ítems</b>	14.
<b>Administración</b>	Heteroaplicada.

#### DESCRIPCIÓN

- La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.
- Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.
  - Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.
  - En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.
- El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.
- Es una escala heteroaplicada. Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):
  1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
  2. Determine para ese síntoma estos 3 aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
    - a) Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.
    - b) Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.
    - c) Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.
  3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

#### CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.
- Los puntos de corte recomendados son:
  - 0-5: no ansiedad.
  - 6-14: ansiedad leve.
  - $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave.

## ANEXO E

### 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, borborigmos, 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, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

## ANEXO F

### 5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

<b>Autor</b>	M. Hamilton.
<b>Referencia</b>	<i>A rating scale for depression.</i> J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23: 56-62.
<b>Evalúa</b>	La gravedad del cuadro depresivo.
<b>Nº de ítems</b>	Existe una versión de 17 ítems, otra de 21 y otra de 24.
<b>Administración</b>	Heteroaplicada.

#### DESCRIPCIÓN

- La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- Ha de ser administrada por un clínico.
- El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran los 2 días previos.
- Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación.
- A esta escala se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad (ítems 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.
- Es la escala más utilizada en la actualidad, aunque numerosos autores proponen como alternativa la escala de Montgomery-Asberg.

#### CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño.
- La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech (1996) son los siguientes:
  - 0-7: no depresión.
  - 8-12: depresión menor.
  - 13-17: menos que depresión mayor.
  - 18-29: depresión mayor.
  - 30-52 más que depresión mayor
- Otros puntos de corte utilizados son:
  - 0-7: no depresión.
  - 8-14: distimia.
  - $\geq 15$ : depresión de moderada a grave.
- El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación  $\geq 18$ .
- Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6).
  - No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices.

#### REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986; 14: 324-334.
- Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A: Relación entre validez y seguridad de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986; 14: 335-338.

## ANEXO G

### 5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión  
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

2

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros</li> <li>• Frecuencia urinaria</li> <li>• Sudoración</li> </ul>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la libido</li> <li>• Trastornos menstruales</li> </ul>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

# ANEXO H

I.P.D.E. \_\_\_\_\_

Módulo DSM-IV

Nombre y Apellidos..... Fecha .....

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE Módulo DSM-IV

### DIRECTRICES:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

- |     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
| 1.  | Normalmente me divierto y disfruto de la vida. ....                            | V | F |
| 2.  | Confío en la gente que conozco. ....   | V | F |
| 3.  | No soy minucioso con los detalles pequeños. ....                               | V | F |
| 4.  | No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser. ....                          | V | F |
| 5.  | Muestro mis sentimientos a todo el mundo.....                                  | V | F |
| 6.  | Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí .....                   | V | F |
| 7.  | Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco. ....             | V | F |
| 8.  | Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas.....                        | V | F |
| 9.  | Mucha gente que conozco me envidia. ....                                       | V | F |
| 10. | Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles. .... | V | F |
| 11. | Nunca me han detenido. ....  | V | F |
| 12. | La gente cree que soy frío y distante. ....                                    | V | F |

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas. ....                           | V | F |
| 14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo. ....                                | V | F |
| 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí. ....   | V | F |
| 16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales. ....                       | V | F |
| 17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea. ....                                | V | F |
| 18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien. ....                   | V | F |
| 19. Me resulta muy difícil tirar las cosas. ....   | V | F |
| 20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo. ....            | V | F |
| 21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás. ....                   | V | F |
| 22. Uso a la gente para lograr lo que quiero. ....   | V | F |
| 23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente. ....                  | V | F |
| 24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas. ....                                  | V | F |
| 25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito. ....            | V | F |
| 26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando. ....                     | V | F |
| 27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo. ....                                      | V | F |
| 28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente. ....                                   | V | F |
| 29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos. ....                              | V | F |
| 30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente. ....                                 | V | F |
| 31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales. ....                        | V | F |
| 32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas. ....                 | V | F |
| 33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo. ....                        | V | F |
| 34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no<br>estoy seguro de que les gusto. .... | V | F |
| 35. No me gusta ser el centro de atención. ....  | V | F |
| 36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel. ....                                 | V | F |
| 37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo. ....                          | V | F |
| 38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí. ....                                 | V | F |
| 39. Me preocupa mucho no gustar a la gente. ....   | V | F |
| 40. A menudo me siento vacío por dentro. ....  | V | F |
| 41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más. ....                                  | V | F |
| 42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidarme mí mismo. ....                      | V | F |
| 43. Tengo ataques de ira o enfado. ....  | V | F |
| 44. Tengo fama de que me gusta "flirtear". ....  | V | F |
| 45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer. ....                                 | V | F |
| 46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo. ....                            | V | F |
| 47. Pierdo los estribos y me meto en peleas. ....  | V | F |
| 48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero. ....                                     | V | F |

49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana. .... V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables. .... V F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida. .... V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente. .... V F
53. Soy muy emocional y caprichoso. .... V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas. .... V F
55. Sueño con ser famoso. .... V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias. .... V F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz. .... V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas. .... V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera. .... V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales. .... V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido. .... V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente. .... V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas. .... V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo. .... V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento. .... V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación. .... V F
67. No suelo mostrar emoción. .... V F
68. Hago cosas para que la gente me admire. .... V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos. .... V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico. .... V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales. .... V F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años. .... V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con la personas de las que dependo. .... V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos. .... V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje. .... V F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho. .... V F
77. Tengo amigos íntimos. .... V F

## RESUMEN DE LA PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

Nombre y Apellidos..... Fecha .....

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra, y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

301.0	PARANOIDE	2F	14F	36	38	58	66	72		
301.20	ESQUIZOIDE	1F	12	21F	31	46	57F	77F		
301.22	ESQUIZOTIPICO	2F	24	30	52	64	67	70	71F	77F
301.50	HISTRIONICO	5	10	17	26	28	35F	44	45	
301.7	ANTISOCIAL	11F	18F	20	29	47	56	74		
301.81	NARCISISTA	7F	9	15	22	37	55	61	65	68
301.83	LIMITE	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
301.4	OBSESIVO-COMPULSIVO	3F	19	23	32	41	48	54	59	
301.6	DEPENDENCIA	6	33	42	49	50	62	69F	73	
301.82	EVITACION	16	27	34	38	39	51	63	76	

I.P.D.E. \_\_\_\_\_ MÓDULO DSM-IV

Nombre.....

Apellidos..... Fecha.....

**HOJA DE RESPUESTA IPDE - MÓDULO DSM-IV**

	<u>PACIENTE</u>	<u>INFORMANTE</u>
1.....	0 1 2 ? NA.....	0 1 2
2.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
3.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
4.....	0 1 2 ? NA.....	0 1 2
5.....	0 1 2 ? NA.....	0 1 2
6.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
7.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
8.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
9.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
10.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
11.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
12.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
13.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
14.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
15.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
16.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
17.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
18.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
19.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
20.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
21.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
22.....	0 1 2 ? .....	0 1 2

	<u>PACIENTE</u>	<u>INFORMANTE</u>
23.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
24.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
25.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
26.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
27.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
28.....	0 1 2 ? NA.....	0 1 2
29.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
30.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
31.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
32.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
33.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
34.....	0 1 2 ? NA.....	0 1 2
35.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
36.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
37.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
38.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
39.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
40.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
41.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
42.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
43.....	0 1 2 ? .....	0 1 2
44.....	0 1 2 ? .....	0 1 2

I.P.D.E.

MÓDULO DSM-IV

<u>PACIENTE</u>	<u>INFORMANTE</u>	<u>PACIENTE</u>	<u>INFORMANTE</u>
45. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	72. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
46. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	73. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
47. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	74. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
48. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	75. ....0 1 2 ? NA	.....0 1 2
49. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	76. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
50. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	77. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
51. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	78. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
52. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	79. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
53. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	80. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
54. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	81. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
55. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	82. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
56. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	83. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
57. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	84. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
58. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	85. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
59. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	86. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
60. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	87. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
61. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	88. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
62. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	89. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
63. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	90. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
64. ....0 1 2 ? NA	.....0 1 2	91. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
65. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	93. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
66. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	94. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
67. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	95. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
68. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	96. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
69. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	97. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
70. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	98. ....0 1 2 ?	.....0 1 2
71. ....0 1 2 ?	.....0 1 2	99. ....0 1 2 ?	.....0 1 2

## ANEXO I

### 7.4. Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización

<b>Autores</b>	E. Othmer, C. DeSouza.
<b>Referencia</b>	<i>A screening test of somatization disorder (hysteria)</i> . Am J Psychiatry 1985; 142: 1146-1149.
<b>Evalúa</b>	Detección del trastorno de somatización.
<b>Nº de ítems</b>	6.
<b>Descripción</b>	Heteroaplicada.

#### DESCRIPCIÓN

- Fue desarrollado con la intención de obtener un instrumento sencillo y breve para la detección del trastorno de somatización.
- Consta de 6 ítems de respuesta dicotómica sí o no. Cada uno de los ítems explora síntomas somáticos localizados (garganta, órganos genitales/recto, dificultades de memoria, dificultades para respirar, vómitos, dolores menstruales y dolores en dedos de manos y pies).
- Existe una versión en español.

#### CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Cada respuesta positiva vale 1 punto.
- La puntuación total se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los 6 ítems por lo que oscila entre 0 y 6.
- El punto de corte recomendado para la población española es:
  - 0-2: sin trastorno de somatización.
  - 3-6: posible trastorno de somatización.

#### REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, Lobo A. Screening of somatization disorder: Validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza Test. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 411-415.

Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647-655.

## ANEXO J

#### 7.4. Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese periodo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez dificultades para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sufrido de forma repetida dolores menstruales intensos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO K

### 6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

<b>Autores</b>	A. T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler.
<b>Referencia</b>	<i>The measurement of pessimism: The hopelessness scale.</i> J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861-865.
<b>Evalúa</b>	Expectativas de la persona sobre su futuro.
<b>Nº de ítems</b>	20.
<b>Administración</b>	Autoaplicada.

#### DESCRIPCIÓN

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.
- Es un instrumento autoaplicado.

#### CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:
  - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
  - Factor motivacional (pérdida de motivación).
  - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
  - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
    - 0-3: ninguno o mínimo.
    - 4-8: leve.
  - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
    - 9-14: moderado.
    - 15-20: alto.

#### REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-563.
- Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 190-195.

## ANEXO L

### 6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

