



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ABORDAJE INTRAHOSPITALARIO
DEL TRASTORNO DISOCIATIVO DE
CONVERSIÓN”

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

DORIS VELÁSQUEZ TERRONES

LIMA - PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

MG. CAROLINA JESUSA MAYORCA CASTILLO

Presidente

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

Vocal

MG. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

MG. SUSANA ELIZABETH MAMANI GUERRA

DEDICATORIA

A mi hijo por ser mi motivación y siempre darme las fuerzas para lograr mis metas y a mi pareja por ser mi soporte y siempre brindarme su apoyo incondicional.

A mis padres por darme valores y por impulsarme a lograr la profesión hermosa de psicología.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi guía y a mi familia por siempre brindarme su apoyo en todos mis proyectos.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO.....4

1.1. Análisis de la institución.....4

1.1.1. Misión4

1.1.2. Visión.....4

1.1.3. Objetivos institucionales del departamento de psicología.....4

1.1.4. Valores institucionales5

1.1.5. FODA Institucional.....6

1.1.6. Ubicación y breve reseña7

1.2. Descripción del puesto.....7

1.2.1. Puesto desempeñado7

1.2.2. Principales funciones7

1.2.3. Cargo del jefe inmediato.....8

1.2.4. Organigrama de la institución.....9

1.2.5. Descripción del área de trabajo.....11

1.2.6. Plan de trabajo.....11

1.3. Línea de Investigación.....15

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO16

2.1. Definición de Variables.....16

2.1.1. Trastorno disociativo de conversión.....16

2.1.2. Terapia Cognitivo Conductual19

2.1.3. Estilos de afrontamiento.....	22
2.2. Sustento teórico de la problemática.....	23
2.3. Modelos teóricos de abordaje.....	24
2.4. Investigaciones Nacionales e Internacionales.....	25
2.4.1. Investigaciones Nacionales.....	25
2.4.2. Investigaciones Internacionales.....	26
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	29
3.1. Contextualización del Problema.....	29
3.1.1. Motivo de consulta.....	29
3.1.2. Delimitación del problema.....	30
3.2. Evaluación de la problemática.....	31
3.2.1. Instrumentos empleados en la medición de la problemática.....	31
3.2.2. Procedimiento de la evaluación.....	35
3.3. Diagnóstico.....	36
3.3.1. Observación de conducta.....	36
3.3.2. Anamnesis e historia familiar.....	36
3.3.3. Resultados de los instrumentos empleados.....	38
3.3.4. Conclusión diagnóstica.....	41
3.3.5. Recomendaciones sobre los resultados encontrados.....	43
3.4. Objetivos de la intervención.....	43
3.4.1. Objetivo General.....	43
3.4.2. Objetivos específicos.....	43
3.5. Indicadores de logro.....	44

3.6. Descripción del procedimiento.....	44
3.6.1. Plan de intervención	44
3.6.2. Justificación de metodologías o técnicas empleadas.....	45
3.6.3. Consideraciones éticas	47
3.6.4. Monitoreo y evaluación.....	48
3.6.5. Seguimiento.....	49
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	50
4.1. Resultados.....	50
4.1.1. Análisis de los resultados	52
4.2. Reflexión de la experiencia.....	54
4.2.1. Limitaciones en el proceso de intervención	54
4.2.2. Impacto en la institución	55
4.2.3. Aporte.....	56
4.2.4. Demandas profesionales y competencias	56
4.2.5. Autoevaluación.....	57
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS	61
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. FODA Institucional.....	6
Tabla 2. Cronograma de actividades del servicio de psicología	14

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama de la institución.....	9
--	---

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional tuvo como objetivo general disminuir los niveles de ansiedad presentados por un usuario con trastorno disociativo de conversión, para lo cual se establecieron objetivos específicos los cuales consisten en entrenar en estilos de afrontamiento y en técnicas de resolución de conflictos. Para ello se delimitó el problema de estudio, se diseñó y ejecutó un programa terapéutico de 13 sesiones desde el enfoque cognitivo-conductual. Se empleó diversas estrategias para la recolección de información, tales como: la entrevista, observación, pruebas psicométricas y proyectivas; las cuales dieron como resultados que el usuario presentó niveles de ansiedad moderados y bajos recursos de afrontamiento al estrés. En el proceso terapéutico se utilizaron recursos humanos, materiales audiovisuales y recursos tangibles. Los resultados de la intervención revelaron que, luego de aplicado el programa, los niveles de ansiedad disminuyeron de moderado a leve, así mismo, el usuario aprendió a manejar las situaciones conflictivas de forma óptima: propuso alternativas de solución a los problemas que se presentaron en su ambiente de hospitalización; en consecuencia, dicho progreso permitió que el usuario retome sus actividades. Adicionalmente, se realizaron sesiones de seguimiento para el alta, las cuales indicaron que las técnicas instruidas en el plan de intervención fueron puestas en práctica en la vida cotidiana.

Palabras clave: Trastorno disociativo de conversión, terapia cognitivo conductual, ansiedad, estilos de afrontamiento.

ABSTRACT

The present work of professional proficiency had the general objective of reducing the levels of anxiety presented by a user with dissociative conversion disorder, for which specific objectives were established, which consist of training in coping styles and conflict resolution techniques. For this, the study problem was delimited, a therapeutic program of 13 sessions was designed and executed from the cognitive-behavioral approach. Various strategies were used to collect information, such as: interview, observation, psychometric and projective tests; which gave as results that the user presented moderate levels of anxiety and low resources for coping with stress. Human resources, audiovisual materials and tangible resources were used in the therapeutic process. The results of the intervention revealed that, after the program was applied, anxiety levels decreased from moderate to mild, likewise, the user learned to handle conflicting situations optimally: he proposed alternative solutions to the problems that arose in your hospital environment; consequently, said progress allowed the user to resume their activities. Additionally, follow-up sessions were held for discharge, which indicated that the techniques instructed in the intervention plan were put into practice in daily life.

Keywords: Dissociative conversion disorder, cognitive behavioral therapy, anxiety, coping styles.

INTRODUCCIÓN

En Perú, se tiene poca información acerca del trastorno disociativo de conversión. Este tipo de trastornos presentan asociaciones con la ansiedad y depresión, es decir, que, si una persona presenta características de ansiedad y depresión y no son manejados de manera óptima, posteriormente podría desencadenar un trastorno disociativo de conversión. (Pérez et al., 2021).

MINSA (2021) menciona que la ansiedad y depresión son dos de los tres problemas con mayor demanda de atención en salud mental, ello denota la alta prevalencia. Lo cual puede conllevar a desencadenar un trastorno disociativo de conversión en el caso no se manejen estas dos problemáticas. Así mismo, indica que el 52% de la población limeña sufre de estrés (tercer problema con mayor demanda) de moderado a grave causado generalmente por la pandemia COVID-19.

El trastorno de conversión tiene su origen en factores psicológicos como el estrés mal manejado, es por ello que la persona que padece de este trastorno expresa los conflictos psicológicos de maneja física. (Dimsdale, 2020).

Es importante recalcar que cada día los seres humanos se enfrentan a diferentes situaciones que generan ansiedad que rompen el equilibrio de la vida cotidiana. Sin embargo, si el individuo cuenta con recursos apropiados de afrontamiento al estrés las situaciones serán resueltas de manera óptima sin llegar a perjudicar la salud mental de las personas. (Gantiva et.al, 2010).

Así mismo, los seres humanos cada día experimentan diferentes emociones, entre ellas emociones desagradables como enojo, tristeza, miedo, entre otras. Es importante expresarlas de manera adecuada ya que si no se logra estas pueden tener

repercusiones negativas en el organismo, pueden generar diferentes enfermedades e incluso ser canalizadas de manera física. (Piqueras et al., 2009).

Después de pasar por momentos impactantes los seres humanos tienden a rumiar esas emociones ya sean positivas o negativas y ello conlleva a presentar estados de bienestar o malestar emocional, generalmente se presentan los eventos que producen emociones desagradables generando de esta manera incomodidad en la persona, es ahí donde radica la importancia de verbalizar las emociones, ya que al realizarlas reduce el malestar emocional. (Martínez, 2011).

Dentro de este contexto, este trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo lograr que el usuario con trastorno disociativo de conversión exprese sus emociones de manera adecuada para disminuir con ello la sintomatología conversiva y pueda retomar sus actividades del Servicio Militar Voluntario.

Para ello, el trabajo estuvo organizado en cuatro capítulos. El primero detalla la experiencia profesional y el contexto, es decir, se describió la organización, el área de trabajo, así como la misión, visión, FODA y objetivos.

En el segundo capítulo, se desarrolló el marco teórico en donde se hizo descripción de las variables a estudiar, los modelos teóricos de abordaje y las investigaciones nacionales e internacionales.

En el tercer capítulo, se mencionó la metodología empleada, contextualización del problema, estrategias de evaluación y medición utilizadas en el caso, se realizó la descripción del procedimiento de evaluación, la presunción diagnóstica y los indicadores de logro.

Finalmente, en el cuarto capítulo, se describieron los resultados, se hizo el análisis de estos, también se propone la reflexión sobre la experiencia, así como las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1.1. Análisis de la institución

1.1.1. Misión

Proporcionar atención médica integral al personal del estado y a sus familiares inscritos en el registro de familia y personal con derecho en el ejército, así como atención médica de emergencia a pacientes de cualquier procedencia dispuesta por ley, y en caso de emergencia nacional con la finalidad de contribuir el cuidado de la salud.

1.1.2. Visión

Ser un Hospital digital líder en prestación de servicios de salud a nivel nacional, competitivo internacionalmente, con un potencial humano altamente especializado y equipos de última tecnología, reconocidos por resolver problemas de salud, con calidez y altos estándares de calidad y eficiencia.

1.1.3. Objetivos institucionales del departamento de psicología

- Brindar atención psicológica especializada a los pacientes hospitalizados y/o consulta ambulatoria para el fortalecimiento de la salud mental.
- Formular planes psicoterapéuticos para el abordaje de los pacientes permitiendo adaptación al ambiente hospitalario, aceptación de la enfermedad, adherencia al tratamiento y mejora de la calidad de vida.
- Promover e impulsar el concepto de psicología de la salud en forma activa con el equipo multidisciplinario, a fin de elevar el nivel de excelencia y calidad en el servicio a la familia.

- Brindar orientación y consejería psicológica a los pacientes y familiares a fin de fortalecer los lazos emocionales y mejorar con ello el soporte emocional.
- Realizar prevención primaria mediante la psicoeducación, realización de periódicos murales, folletería (trípticos, dípticos), etc. tanto a los pacientes como a los familiares para instaurar un estilo de vida emocional saludable.
- Prevención secundaria a través de un diagnóstico precoz con un abordaje e intervención psicológica inicial y equipo multidisciplinario.
- Efectuar una intervención de prevención primaria, abordar casos especiales a través del método clínico para su estudio y/o tratamiento especializado, en caso sea necesario realizar interconsulta al servicio de salud mental.
- Brindar psicoterapia de apoyo y asistencia psicológica a pacientes terminales y familiares en etapa de duelo, lo mismo sucede en las intervenciones de terapia familiar y de pareja, entre otros.

1.1.4. Valores institucionales

Se desconoce de los valores acerca de la institución debido a que no se tiene en cuenta una referencia oficial que pueda dar evidencia de ello.

1.1.5. FODA Institucional

Tabla 1

FODA Institucional

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con local de material noble con instalaciones en adecuado estado. - Ubicado en una zona accesible y transitable. - Equipamiento mobiliario en adecuadas condiciones. - Profesionales capacitados en su rubro. - Equipo organizado para atender las diferentes demandas. - Internos pertenecientes al tercio superior - Cuenta con una página en Facebook cuyo objetivo es brindar información al público en general sobre diferentes enfermedades y actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamiento es insuficiente para la gran demanda de pacientes. - Excesivo trámite burocrático para la atención. - Equipo tecnológico insuficiente para la demanda del personal asistencial. - Insatisfacción del personal interno ya que sus servicios no son remunerados. - Pocos incentivos para motivar a su personal. - Poca publicidad de sus servicios, pues solo brindan información mediante su página de Facebook.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con convenios con universidades de alto prestigio en Perú, lo que le permite tener internos pertenecientes al tercio superior. - Formación a sus internos en diferentes áreas lo que permitirá que encuentren trabajo en diferentes rubros. - El realizar internado en una institución del estado permite obtener experiencia profesional para obtener puestos que cuenten con este requisito indispensable. - Acceso a diferentes poblaciones para realizar investigación. - Obtener reconocimientos por la calidad de servicio que brinda a sus usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Clínicas aledañas que cuentan con trámite administrativo eficiente para la atención de usuarios. - Presencia de un hospital del estado al costado captando la mayor cantidad de clientes. - Clínicas que atienden a población en general con diferentes tarifas de costos. - Inseguridad en cuanto al acceso al hospital. - Consultorios privados aledaños en donde se requiere de menor tiempo para la atención.

Fuente: Elaboración propia

1.1.6. Ubicación y breve reseña

Hospital Nacional que se ubica en el distrito de Jesús María en la Av. Faustino Sánchez Carrión s/n.

Brinda diferentes servicios como consulta externa, hospitalización y emergencias. Es inaugurado oficialmente en 1958 como institución encargada de velar por la salud del personal del estado y sus familiares.

En 1974, se inicia la remodelación con la construcción del nuevo servicio de emergencia, cafetería, farmacia, medicina física y rehabilitación; unidad de quemados, cuidados intensivos y enfermedades coronarias y generales; asimismo se remodelaron los consultorios dentales, clínica de gastroenterología, unidad de neurocirugía, centrales de esterilización y anestesia operatoria del centro quirúrgico. Por último, se adecuó una sala de hospitalización para el personal auxiliar y se implementó la clínica de familiares.

1.2. Descripción del puesto

1.2.1. Puesto desempeñado

Interna de psicología del servicio de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital Nacional de Lima.

1.2.2. Principales funciones

- Acompañamiento al personal de salud en las visitas médicas que se realiza a todos los pacientes con el fin de conocer a profundidad sobre la historia clínica del paciente.
- Observación y entrevista psicológica para recolectar información para la elaboración de la anamnesis y posterior elaboración del informe psicológico.

- Llenado de fichas y evolución psicológicas por la visita médica de cada día por cada paciente que se visitó.
- Aplicación de pruebas psicológicas para cada paciente según se presente el caso.
- Elaboración del informe psicológico por cada paciente atendido.
- Elaboración y aplicación de talleres psicoeducativos.
- Realizar orientación y consejería psicológica a los pacientes para lograr una adecuada adherencia al tratamiento tanto a nivel médico como a nivel psicológico para favorecer la calidad de vida.
- Realizar orientación y consejería psicológica a familiares de los pacientes, a fin de involucrarlos activamente en la recuperación de sus familiares brindando un adecuado soporte emocional.
- Presentación de casos clínicos a los internos de psicología y a los psicólogos responsables de cada área del hospital.
- Elaborar programas de intervención utilizando herramientas y actividades para la mejora del paciente.
- Diseñar programas de actuación terapéutica destinados a reducir el impacto emocional negativo de la situación de enfermedad y/o secuelas, para conseguir un nivel óptimo de funcionamiento psicológico durante la etapa de rehabilitación y de preparación para el alta.

1.2.3. Cargo del jefe inmediato

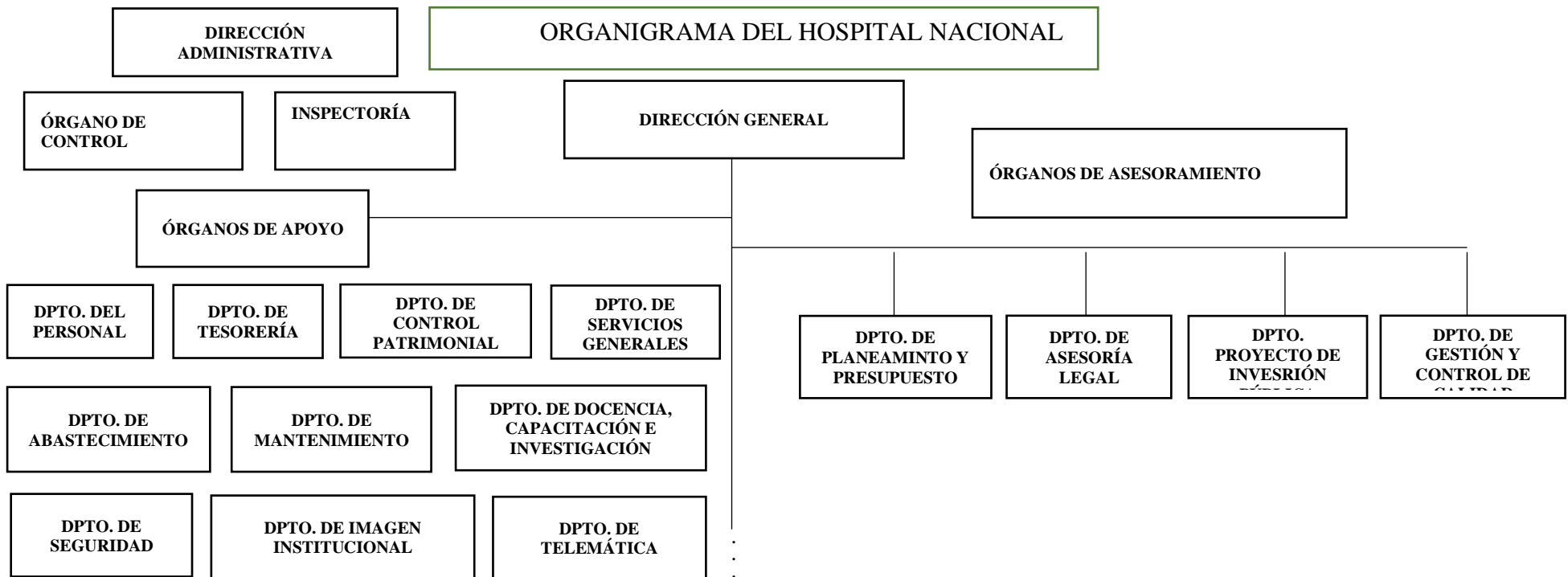
Jefe del departamento de psicología del servicio de Medicina Física y Rehabilitación y encargada de la supervisión de los internos de psicología del servicio mencionado.

1.2.4. Organigrama de la institución

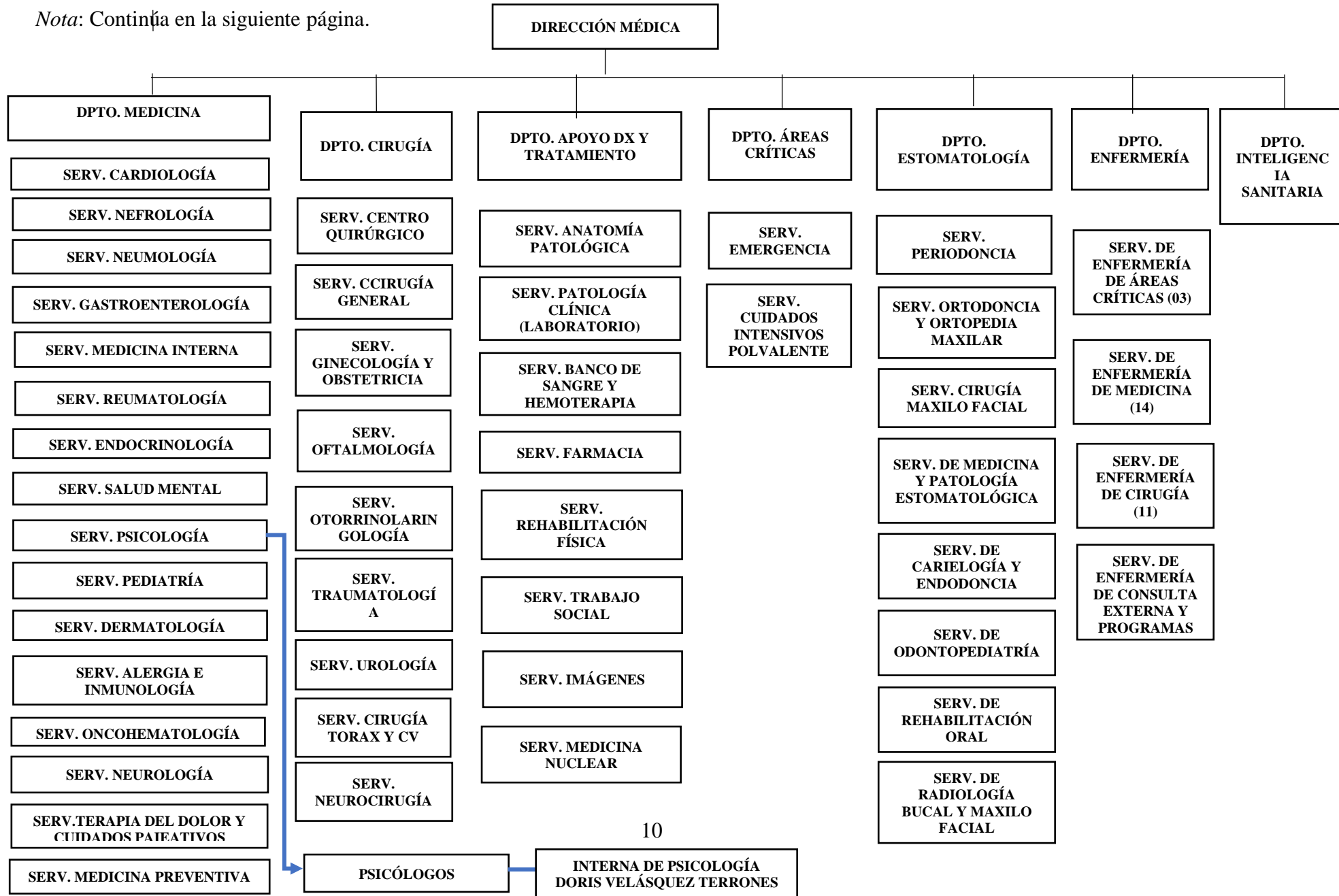
El hospital nacional cuenta con 7 departamentos de atención, uno de ellos es el departamento de medicina en donde se encuentra el servicio de Psicología, este servicio cuenta con consultorios externos y atención en Unidades de Hospitalización.

Figura 1

Organigrama de la institución



Nota: Continúa en la siguiente página.



1.2.5. Descripción del área de trabajo

1.2.5.1. Ambiente físico. Se ubica en el tercer piso del Pabellón C. La infraestructura se dispone de la siguiente manera: Área de Hospitalización: Cuenta con 05 ambientes comunes de cinco camas cada uno; tres de los ambientes cuentan con servicios higiénicos compartidos. Área del Personal Asistencial: Jefatura de enfermería, estación de enfermeras, tópico, almacén y baño para uso del personal.

Área de Psicología cuenta con un consultorio ubicado en la unidad de hospitalización para la atención individual o familiar. Este consultorio es usado por: el personal administrativo, residentes de medicina, internos de psicología y asesores.

Las entrevistas se realizan en cada habitación en la que se encuentra internado el paciente; debido a que, el consultorio no cumple con la privacidad del caso.

En la UU. HH - C32 no se cuenta con una computadora para el registro de pacientes, por lo que las actividades como evoluciones e informes psicológicos se realizan de manera manual.

La UU.HH. C32 atiende al personal del estado y/o a sus familiares que requieren terapia física, con la condición que no requiera de intervención quirúrgica.

1.2.6. Plan de trabajo

1.2.6.1. Principales actividades realizadas

Área de intervención. Se realiza observación y entrevista psicológica, descripción de conductas y elaboración de la anamnesis. Este es un proceso de exploración y obtención de datos para generar hipótesis sobre las bases teóricas que

rigen el comportamiento, identificando estilos de vida y conductas relevantes asociadas a la enfermedad física y/o psíquica actual.

La evaluación y diagnóstico se realiza mediante una ficha psicológica, se considera la información presentada en la anamnesis, se aplican pruebas psicológicas, en donde se realiza la exploración detallada de las funciones cognitivas, estados emocionales y trastornos del comportamiento que evidencia el actual funcionamiento biopsicosocial del usuario.

La intervención psicológica está dirigida a restablecer el equilibrio emocional del paciente, disminuyendo sus niveles de ansiedad ocasionados por la magnitud de los estresores que afecta su estado de salud haciendo uso de la empatía y apoyo emocional de manera individual y grupal, así mismo, se brinda orientación y consejería psicológica individual y familiar.

Área administrativa. Ejecutar el plan de trabajo para la asesoría de la universidad, realizar informes mensuales y registro de actividades diarias en la bitácora, efectuar las fichas y evoluciones psicológicas para la historia clínica, transcribir el registro de pacientes en el cuaderno de control del servicio de psicología, llevar a cabo la calificación de pruebas y realizar los informes psicológicos correspondientes.

1.2.6.2. Investigación. Buscar información acerca del manejo de entrevista, examen mental, evaluación psicológica y temas específicos que indique la asesora de servicio de acuerdo a las rotaciones indicadas.

1.2.6.3. Cursos. En cuanto al área académica los internos de psicología reciben capacitación los días lunes y viernes a las 12:00 pm, estas se llevan a cabo en las instalaciones del hospital. En dichas capacitaciones se realizan estudios de

casos clínicos presentados por los internos de cada área de psicología acompañados por sus asesores, los cuales a final de cada caso realizan la retroalimentación correspondiente. Estas capacitaciones están guiadas por la jefa del departamento de psicología del hospital.

Así mismo, para capacitaciones externas se acude al Colegio de Psicólogos u otras instituciones que brinden capacitaciones relacionadas al campo de psicología.

1.2.6.4. Actividades de proyección a la comunidad. Realización de campañas psicológicas de las diferentes áreas de psicología (consultorios externos de niños, adolescentes y adulto mayor) así mismo del área de hospitalización con el fin de ayudar a la población que la requiere, así mismo se elaboran y aplican talleres preventivo promocionales en las diferentes salas de espera del hospital.

1.2.6.5. Recursos Humanos y materiales. Como recursos humanos se utilizan seis horas diarias y treinta y seis horas semanales para el cumplimiento de las diferentes actividades programadas. Los recursos materiales algunos son brindados por el hospital como el escritorio, las sillas, las evoluciones psicológicas y algunos materiales propios de cada interno como papel bond, lapiceros, lápiz, papelógrafos, plumones, goma, colores, equipos multimedia, pruebas psicológicas, entre otros.

1.2.6.6. Cronograma de actividades del plan de trabajo. El internado de psicología se realiza durante un año. En este caso se empezó el 06 de agosto de 2018 y se terminó el 06 de agosto de 2019.

Tabla 2

Cronograma de actividades del servicio de psicología

Actividades programadas	Períodos												
	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.
Acompañamiento en las visitas médicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Observación y entrevistas psicológicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Llenado de fichas y evoluciones psicológicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplicación de pruebas psicológicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompañamiento psicológico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientación y consejería psicológica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitaciones internas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración y aplicación de talleres	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Presentación de caso clínico													X

1.3. Línea de Investigación

La línea de investigación a seguir en este trabajo de suficiencia profesional es la de bienestar psicológico y salud mental, ya que mediante los diferentes recursos psicológicos se va explorar los factores emocionales y de salud mental del usuario y a partir de los encontrados elaborar un programa de intervención para mejorar la calidad de vida del individuo. (UICT de la FAPSI, 2021).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Definición de Variables

2.1.1. *Trastorno disociativo de conversión*

El trastorno disociativo de conversión consiste en la pérdida parcial o total de la integración entre los recuerdos, la conciencia de la identidad y las sensaciones inmediatas como el control de los movimientos corporales, este tipo de trastornos suelen aparecer después de la presentación de ciertos estresores desencadenantes, es decir, la aparición de los síntomas está asociados a factores o situaciones estresantes. En el aspecto emocional, existen dificultades interpersonales, en el aspecto físico, se evidencian síntomas crónicos como parálisis. Sin embargo, estos síntomas físicos no pueden ser fundamentados con exámenes neurológicos, ya que se realizan los exámenes médicos y estos se encuentran sin alteraciones. (OPS, 2018).

El DSM 5, considera al trastorno de conversión como el trastorno de síntomas neurológicos funcionales y se presenta con debilidad o parálisis, también con síntomas de deglución, de habla, con convulsiones, con pérdida sensitiva y también con síntomas mixtos, es decir síntomas motores y síntomas sensitivos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La disociación se produce cuando el trauma psicológico precedido por un acontecimiento estresante que imposibilita a la persona a responder de manera óptima a las exigencias del entorno, es aislado de la conciencia. Este fenómeno se presenta en diferentes culturas y generalmente están relacionados con el manejo inadecuado de factores estresantes, la característica de este trastorno que se

comparte en las diferentes culturales es la aparición de síntomas aparentemente de origen neurológico sin alguna explicación médica. (Cruz, 2018).

El trastorno de conversión generalmente se presenta como una alteración de las funciones físicas, por lo que los médicos realizan las exploraciones pertinentes y no encuentran alteraciones orgánicas que expliquen el cuadro presentado por la persona, sin embargo, existen asociaciones entre situaciones conflictivas estresantes y la aparición de síntomas de apariencia neurológica. (Climent et al., 2020).

2.1.1.1. Síntomas del trastorno disociativo de conversión. Los síntomas que presenta una persona con trastorno disociativo de conversión son los siguientes: síntomas motores que incluye dificultad para la coordinación y el equilibrio, dificultad para hablar o emitir sonidos, problemas de retención urinaria, parálisis o debilidad de alguna zona corporal y dificultades para deglutir. Así mismo, se presentan síntomas sensoriales, como pérdida de la vista o visión doble, dificultades en la audición y dificultades para percibir mediante el tacto. (Kontos, 2018).

Es de suma importancia considerar el contexto en el cual se producen los síntomas y el momento en el que estos aparecen, ya que de esa manera se estará tomando en cuenta las situaciones estresantes o situaciones problema que están desencadenando estos síntomas, así mismo, se debe considerar la valoración que la persona le atribuye al problema que presenta, ya que de esta manera se podrá evaluar como el individuo considera las situaciones estresantes, y si estas, sobrepasan los recursos de afronte, pues serán canalizadas mediante el cuerpo en forma de síntomas. (Duque et al., 2015).

Los síntomas de los trastornos de conversión son de origen psicológico, es decir situaciones que generan estrés y que sobrepasan los recursos de afronte de la persona, es por ello que son canalizados mediante síntomas físicos. Así mismo estos conflictos psicológicos producen ansiedad lo que genera malestar emocional en la persona que experimenta este tipo de trastornos. (Pérez et al., 2021).

Restrepo y Restrepo (2019), mencionan que las personas acuden a consulta por las quejas somáticas que presentan, sin embargo, no son conscientes de los factores psicológicos desencadenantes de estos, ya que cuando se realizan los exámenes médicos, no se pueden explicar la aparición de los síntomas.

2.1.1.2. Factores predisponentes del trastorno disociativo de conversión. Los factores asociados a desencadenar la aparición del trastorno disociativo de conversión son conflictos psicológicos, es decir situaciones conflictivas que causan estrés y sobrepasan los recursos de afrontamiento del individuo, es así que el ser humano experimenta esta carga de estrés y al no poder manejarlo porque no cuenta con los recursos de afronte necesarios lo canaliza mediante síntomas a través del cuerpo. (Mesa et al., 2001).

Así mismo, Martínez et al., (2019) mencionan que existen factores de riesgos para la presentación de este trastorno, como son los rasgos desadaptativos de personalidad, también se presentan factores ambientales como antecedentes de abuso sexual en la infancia y la presencia de enfermedades neurológicas cuyos síntomas son similares a los de este trastorno, ya que al tener presencia de una alteración médica no se tomará en cuenta la etiología de la enfermedad y los factores psicológicos que requieren atención.

2.1.2. Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual es una forma de entendernos uno mismo, a las demás personas y diferentes situaciones, pues se centra en trabajar los pensamientos desadaptativos que hacen que generen emociones desagradables, trata de cambiar la forma de pensar para mejorar con ello las conductas y emociones, además se centra en los problemas actuales que generar malestar en los individuos. (Royal College of Psychiatrists, 2008).

Gálvez, (2019, citado por Mendoza, 2020), menciona que la Terapia Cognitivo Conductual incluye técnicas como psicoeducación para lograr cambios en los pensamientos desadaptativos, relajación para lograr la disminución de la activación fisiológica. Estas técnicas contribuyen a la adherencia al tratamiento.

Del mismo modo, Flores (2020) menciona que la terapia cognitivo conductual ayuda en la mejora de respuestas disfuncionales frente a situaciones problemáticas consideradas como amenazantes para el individuo y que por ende generan ansiedad, ya que al presentarse una situación conflictiva, la persona con pocos recursos de afronte considera a la situación como abrumadora y sin alternativas de salida, por lo que se empiezan a producir síntomas de ansiedad como activación fisiológica, sudoración, taquicardias, dolores de cabeza, micción frecuente, insomnio e inquietud motora, es por ello que este modelo de corte cognitivo conductual mediante sus técnicas de relajación y el cambio de pensamientos desadaptativos a pensamientos adaptativos, ayuda a reducir los niveles de ansiedad.

2.1.2.1. Técnicas usadas en la terapia cognitivo conductual.

Psicoeducación. Es un proceso mediante el cual se permite a la persona desarrollar y fortalecer capacidades para afrontar diferentes situaciones de la manera más adaptativa posible. Esta técnica es usada en los diferentes tipos de terapia que se brindan, ya sea en la terapia individual, de pareja, familiar y grupal. La Psicoeducación abarca diferentes contenidos psicológicos que permiten comprender la información y se puede aplicar en diferentes poblaciones. (Bulacio, 2018).

Respiración profunda. Es una técnica muy usada para disminuir los niveles de ansiedad y estrés. Es eficaz como los como los ansiolíticos para reducir los síntomas de la ansiedad. Cuando se percibe una amenaza dentro del entorno la activación fisiológica aflora, es ahí donde el individuo que la padece empieza a hiperventilar ya sea por hacer respiraciones cortas o muy rápidas y se desencadenan mareos, sensación de ahogo, etc. (Cea et al., 2015)

Es por ello que la respiración profunda permite maximizar la capacidad pulmonar, ya que se toma el aire lentamente por la nariz, se retiene por un momento determinado y se expulsa el aire por la boca. Para realizar la técnica se debe adoptar una postura adecuada (pies estirados, espalda recta y la zona abdominal sin presiones). (Rodríguez et al., 2005)

Relajación imaginaria. Las técnicas de relajación forman parte del abordaje terapéutico generalmente en la intervención de los trastornos de ansiedad, pues son ideales para reducir la activación fisiológica que desencadena el organismo cuando pasa por situaciones demandantes que generan ansiedad. (Etchebarne, 2016).

La técnica de relajación imaginaria es usada para disminuir los niveles de estrés, pues se induce a la persona a un estado de paz, en la cual se imaginan lugares que para el individuo generan calma y tranquilidad, esta técnica es guiada de manera verbal por el profesional a cargo. (Aguilar & Musso, 2008).

Modelo ABC. El ABC de la terapia cognitiva es un modelo mediante el cual se explica como las personas al pasar por un mismo evento responden de manera distinta por el sistema de creencias que presentan. Este modelo presenta tres componentes fundamentales que son el acontecimiento activador, es decir algún acontecimiento que permite que se activen diferentes pensamientos en torno al tema, el segundo componente es el sistema de creencias que la persona presenta, es decir pensamientos, actitudes, esquemas que son automáticos y estos pueden ser racionales e irracionales y el tercer componente que son las consecuencias tanto a nivel emocional como conductual y son las respuestas que da el individuo ante el acontecimiento activador pasado por el sistema de creencias. (Camacho, 2003).

Reestructuración cognitiva. Es una técnica cognitivo conductual que permite cambiar pensamientos distorsionados desadaptativos por pensamientos adaptativos que permiten que la persona mejore su calidad de vida. La reestructuración cognitiva consiste en que la persona con la ayuda del terapeuta identifique esos pensamientos automáticos desadaptativos que generan emociones desagradables y los cuestionen de modo que puedan sustituirlo por otro tipo de pensamientos que generen emociones agradables. El terapeuta es una guía que realiza una serie de preguntas que permiten identificar la validez y utilidad de sus pensamientos. (Bados & García, 2010).

Alto al pensamiento. Técnica llamada también como bloqueo del pensamiento, es usada para detener pensamientos invasivos desadaptativos que generan malestar en la persona que los experimenta. Se trata de identificar los pensamientos no deseados y que se quieren eliminar, al momento que se presenten estos pensamientos se dice “alto” “basta” de modo que se interfiera con esos pensamientos, para después proponer pensamientos alternativos adaptativos que generan emociones agradables. (González, 2009).

2.1.3. Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento son aquellas disposiciones o maneras de actuar que tiene un individuo frente a los estresores del entorno, son los determinantes para la elección de las actividades específicas para cada situación (Solís & Vidal, 2006).

Vásquez y Crespo (2002) mencionan que los estilos de afrontamiento son las maneras características de las personas de responder al entorno, por ejemplo, cuando se presenta un problema, algunos acuden a sus amigos, otros se lo guardan para sí mismos, otros dejan que los problemas pasen, etc.

Carver, Scheier y Weintraub (1989; citado por Guevara et al., 2001) señalan que los estilos de afrontamiento son las maneras de responder a una situación estresante, estos se mantienen estables en el tiempo y son característicos de la persona. Los autores dividen a los estilos de afrontamiento en tres estilos básicos, los cuáles se muestran a continuación.

2.1.3.1. Centrado en el problema. Es cuando la persona busca el equilibrio de lo sucedido buscando diferentes soluciones para enfrentar la situación amenazante. Cuenta con un conjunto de estrategias que lo conforman, las cuales

son: Afrontamiento activo, planificación de actividades, suspensión de actividades competitivas, retracción del afrontamiento y búsqueda de soporte social.

2.1.3.2. Centrado en la emoción. Se da cuando frente a lo sucedido, la persona trata de aminorar las consecuencias emocionales, es decir, trata de darle una valoración positiva. Al igual que el estilo anterior, este también cuenta con estrategias que lo conforman, las cuales son: búsqueda de soporte emocional, reinterpretación positiva de la experiencia, aceptación, negación, acudir a la religión y análisis de las emociones.

2.1.3.3. Centrado en la evitación. Es cuando la persona es indiferente a la situación y realiza otras actividades alternas, pues cree que no es necesario prestarle atención, es por ello que lo ocurrido se mantiene latente y puede ser visto de forma diferente mediante el paso de los días. Este estilo cuenta con dos estrategias particulares: Conductas inadecuadas y distracción.

2.2. Sustento teórico de la problemática

El trastorno de conversión es una afección mental que se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas a partir de una alteración en el sistema nervioso; sin embargo, no existe una explicación médica funcional. Estos síntomas suelen aparecer a causa de una alteración psicológica y generalmente se presentan después de haber pasado por un episodio de estrés. Los síntomas que se presentan suelen ser parálisis de las extremidades, pérdida de la vista y/o audición, estos síntomas aparecen de forma inconsciente después de haber pasado un episodio de estrés; ya sea de carácter psíquico o social. (Romero, et al., 2017).

Este trastorno se puede presentar en un episodio a lo largo de la vida y también por episodios frecuentes frente a estresores similares. Los síntomas causan

malestar significativo que pueden afectar a varios sistemas y funciones corporales e incluso pueden llegar a perjudicar la funcionalidad de la persona en los diferentes aspectos de la vida (social, emocional, etc). (Gaedicke & Gonzáles, 2010).

Marín (2017), señala que el trastorno de conversión es conocido también como el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, el cual se caracteriza por presentar síntomas de origen aparentemente neurológico, sin embargo, no pueden ser explicados por los exámenes médicos, además estos síntomas están asociados a factores estresantes. El pronóstico de este tipo de trastornos es favorable, ya que al identificar las situaciones conflictivas que desencadenan los síntomas, se trabajará en los recursos de afronte para proponer alternativas de solución, de esta manera se podrá manejar de manera óptima los estresores del entorno para no ser canalizados mediante síntomas somáticos.

2.3. Modelos teóricos de abordaje

Para el abordaje del trastorno disociativo de conversión se utilizará el modelo de corte cognitivo conductual, ya que es uno de los enfoques centrados en permitir que la persona comprenda la importancia de expresar emociones de manera adecuada usando diferentes estilos de afrontamiento para que la persona no canalicen los conflictos psicológicos mediante síntomas somáticos, así mismo con las técnicas de relajación se ayuda a la persona a disminuir los niveles de ansiedad que se presentan cuando las situaciones son demandantes y sobrepasan los recursos de afronte, estas técnicas ayudan a disminuir la activación fisiológica que se produce por el estrés y la ansiedad, por otro lado instruye en técnicas que ayudan en la modificación de creencias desadaptativas que generan emociones desagradables para proponer pensamientos alternativos adaptativos que generan

emociones agradables, además instaure conductas que promueven asumir un rol activo para hacer frente a la enfermedad (Moreno, 2011).

Así mismo, Vásquez (2008) señala que es de suma importancia establecer una buena relación entre el terapeuta y el paciente (rapport), ya que de esa manera se garantiza un adecuado soporte emocional, así mismo brindarle explicación clara y precisa al paciente sobre la enfermedad, trabajar con la familia, ya que generalmente ellos son los que refuerzan la sintomatología con sus actitudes de sobreprotección, brindar psicoterapia y el uso de antidepresivos, en caso sea necesario.

Padilla (2014), menciona que el modelo cognitivo conductual es ideal para abordar la ansiedad en general, pues con las diferentes técnicas que presenta ayuda a disminuir las preocupaciones, así mismo, permite manejar los estados de activación fisiológica y reducir las respuestas de evitación.

2.4. Investigaciones Nacionales e Internacionales

2.4.1. Investigaciones Nacionales

Tello (2020) realiza una investigación documental con el objetivo de conocer las principales características de los trastornos somatomorfos y como resultados obtiene que las características de los trastornos de conversión son la aparición de sintomatología sin ninguna causa orgánica y la asociación entre la aparición de los síntomas con factores estresantes o situaciones problema y estos repercuten en el área cognitiva, conductual y social, además menciona que la estimación de la sintomatología se presenta entre 5 - 7% en la etapa adulta, sin embargo, la mayor incidencia se presenta en personas menor a 30 años y en población femenina.

En Lima, el Instituto Nacional de Salud Mental (2018), realiza un estudio epidemiológico en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana, en el cual señala que generalmente las personas acuden a los centros de salud por quejas somáticas, sin tomar en cuenta los conflictos psicológicos desencadenantes de estos síntomas, estos incluyen dolor, cansancio, mareos, fatiga, entre otros. Así mismo, menciona que un alto porcentaje de los síntomas descritos se asocian a conflictos mentales, aproximadamente un 15% de pacientes que acuden a consulta presentan síntomas somáticos sin explicación médica.

Sánchez et al., (2021) realizaron una investigación con el objetivo de conocer los factores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en el contexto de pandemia COVID-19. La muestra estuvo conformada por 1264 estudiantes universitarios de los diferentes departamentos del Perú. Los instrumentos usados para esta investigación fueron el inventario de comportamiento psicosocial desajustado y el cuestionario de Aceptación-Acción II (AAQ-II). Los resultados indicaron que más del 50% de los participantes presentan indicadores de ansiedad, el 45% indicadores de depresión, el 30% tiende a somatizar los conflictos psicológicos y el 40,3% de la muestra se ubica en la parte media de evitación experiencial. Así mismo se encontró que los estudiantes de mayor edad presentan niveles más bajos de ansiedad, depresión y evitación experiencial, sin embargo, esto no ocurre en la escala de somatización, es decir no existen diferencias en el factor edad en la somatización de conflictos psicológicos.

2.4.2. Investigaciones Internacionales

En España, Dorado (2021), realiza una investigación con el objetivo de conocer los tratamientos más usados para los trastornos de conversión, para ello se

realizó una búsqueda en diferentes bases de datos como SCOPUS, PsycInfo y Pubmed. Como muestra se usaron 6 casos con diagnóstico de trastorno conversivo con crisis convulsivas. Los tratamientos psicológicos tomados en cuenta para tal estudio fueron, la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctica, intervención basada en mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso. Como resultados se obtuvo que el modelo de intervención psicológico que predominó fue la terapia de corte cognitivo conductual, seguido por la terapia de aceptación y compromiso y por último la intervención basada en mindfulness.

En España; Pérez y Calvo (2017) presentan un caso sobre trastorno conversivo, se trata de una paciente de 11 años de edad, llega a urgencias por presentar inmovilidad en las piernas.

Como antecedentes, a fines del 2015 la paciente presenta un cuadro de faringo-amigdalitis con fiebre elevada acompañado de debilidad a nivel de todo el cuerpo acentuándose en las extremidades inferiores. Estos síntomas desaparecen a los pocos días. Al mes siguiente vuelve a presentar el mismo cuadro de faringo-amigdalitis, los síntomas se van intensificando durante las siguientes 3 semanas. Es ingresada a un hospital, se le realiza evaluación física completa y varios exámenes complementarios, no se encontraron causas orgánicas que justifiquen el cuadro presentado. Menciona que presenta dolor intenso en sus extremidades inferiores lo que le imposibilita caminar; sin embargo, cuando duerme los movimientos son normales. Se realiza psicología inversa en donde se le restó importancia a los síntomas y a las actividades que le impiden realizar, dando resultados favorables, pues un mes posterior al alta la paciente empieza a caminar.

Así mismo, en Cuba Rosales et.al (2016) analizaron un caso de un usuario de 18 años, quien se presenta a consulta por presentar dificultades para caminar acompañado de convulsiones. Como antecedentes, el usuario fue víctima de violación sexual cuando tenía 14 años, como consecuencia del episodio empezó sentir abatimiento, llanto fácil e irritabilidad. A los dos meses de haber presentado el episodio comienzan aparecer las convulsiones por lo que es evaluado por un especialista en neurología sin encontrar hallazgo alguno que justifiquen las convulsiones.

Posteriormente es evaluado por un psiquiatra quien dio el diagnóstico de crisis convulsivas disociativas. Se le realiza evaluación psicológica y psiquiátrica y como resultados se obtiene desequilibrio a nivel emocional, pobres recursos de afrontamiento, rasgos de inestabilidad emocional, inmadurez e impulsividad. Se realiza terapia de apoyo, psicoterapia breve, hipnoterapia y técnicas de relajación e inserción al medio. Posteriormente el usuario fue dado de alta logró caminar y las convulsiones desaparecieron.

Sánchez (2020) presenta una investigación en Cuba donde detalla que la edad media de aparición del trastorno conversivo, es a los 16 años aproximadamente. Así mismo, en su estudio menciona que las mujeres suelen somatizar más que los varones, además indica que la adolescencia es la etapa en donde la preocupación se centra en el cuerpo y las quejas somáticas son alrededor de la imagen corporal. Señala también que la ansiedad y depresión son comórbidos con este trastorno y son considerados como factores de riesgo.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Contextualización del Problema

3.1.1. Motivo de consulta

Usuario de 23 años de edad, ingresa el 14 de febrero al servicio de Traumatología Unidad Hospitalaria UU. HH C21 de un Hospital Nacional de Lima, con diagnóstico médico de lumbalgia aguda, se indica según protocolo médico los exámenes pertinentes de electromiograma y tomografía computarizada, sin hallazgos significativos, por lo que es trasladado a la Unidad Hospitalaria UU. HH C32 Medicina Física y Rehabilitación para iniciar tratamiento de fisioterapia y determinar su situación administrativa final.

En el año 2017 se presenta al Servicio Militar Voluntario (SMV) con el fin de obtener puntaje adicional que favorezca su futuro ingreso a la Policía Nacional del Perú, debido a que en el año 2015 había postulado, pero no logró ingresar. En la etapa básica del SMV presenta dificultades en la adaptación al modo de vida que se presenta en dicha institución, pues le disgustaba cumplir labores de mantenimiento, recibir un trato humillante y cumplir órdenes de las autoridades. Al término de su etapa básica, establece una relación de confianza con su jefe de unidad, ya que éste tenía un perro y le asignó la labor de su cuidado; a partir de entonces empezó a recibir un trato diferente al de sus compañeros, y estos al percibir la falta de equidad en el trato, empiezan a humillarlo con adjetivos peyorativos como: “Cabro, estás con el jefe, envarado, etc” según refiere el usuario. A causa de estos estresores considera pedir su baja de la institución, e inicia con sintomatología caracterizada por dolores y adormecimiento en las piernas. Posteriormente su jefe inmediato se percata de

las preferencias que existían y decide cambiarlo de área. En dicho lugar las obras estaban paralizadas y ejerce función de cocinero y mozo, al no poder manejar dicha situación de manera funcional, se exagera la sintomatología llegando a presentar parálisis de miembros inferiores, entonces pide ayuda a su mamá a fin de que interceda frente a su jefe y lograr su baja, pero éste se niega. Su sintomatología se agrava, se intensifica dolor y adormecimiento en las piernas y no puede caminar, por lo que es derivado a un Hospital Nacional de Lima.

Durante la hospitalización, empieza a leer la Biblia con mayor frecuencia, se aprecian ideas conservadoras y rígidas como: “La gente no debería escuchar reguetón porque eso no le gusta a Dios”, “No deberías usar aretes porque eso es malo”, menciona que un día presentó deseos de mirar pornografía y al momento de ingresar a la página su celular se colgó, empezó a sentirse mal porque menciona que estaba haciendo cosas que no le agradan a Dios. Refiere que posterior a ese evento, “las manos y piernas se empezaron a paralizar y se cayó”.

Durante la hospitalización es diagnosticado con Hipertiroidismo recibiendo tratamiento por la especialidad de Endocrinología.

El día que los médicos deciden darle de alta, la sintomatología nuevamente empieza a florar, presentando sensación de rigidez y adormecimiento en las piernas, que le dificulta caminar, por lo que se utiliza placebo. Su sintomatología mejora al cabo de media hora, sin embargo, presentaba dificultades para caminar con normalidad.

3.1.2. Delimitación del problema

La intervención se centrará en disminuir los niveles de ansiedad de un usuario con trastorno disociativo de conversión y trabajar sobre los estilos de

afrontamiento para que pueda manejar las situaciones demandantes de su entorno, así mismo, se va instruir en técnicas de resolución de conflictos, lo cual ayudará al usuario hacer frente a las exigencias y conflictos que se presenten.

3.2. Evaluación de la problemática

3.2.1. Instrumentos empleados en la medición de la problemática

3.2.1.1. Entrevista psicológica. Se aplicó la entrevista psicológica semiestructurada con el formato brindado por de la institución específicamente por el servicio de psicología de Medicina Física y Rehabilitación, en donde se pudo recaudar información sobre la problemática, la información personal, familiar, laboral, académica y desarrollo psicosexual, para posteriormente elaborar el informe psicológico.

Las pruebas psicológicas a aplicar en este caso fueron brindadas por el servicio de psicología del área de Medicina Física y Rehabilitación. Esto se usa como protocolo del hospital.

3.2.1.2. Versión abreviada de la Prueba de Inteligencia para Adultos de Wechsler (DICS). Esta versión del WAIS IV es usada en poblaciones que presentan alguna condición que no le permite realizar la versión completa, también cuando la evaluación no se centra específicamente en evaluar el coeficiente intelectual y también por factores de tiempo. Úbeda et.al, (2017).

Es por ello que se optó por utilizar esta versión, ya que la evaluación no se centraba específicamente en evaluar el área de inteligencia y también por factores de tiempo, pues no se contaba con tiempo prolongado para poder aplicar la versión completa.

Esta versión cuenta con las escalas principales: Claves, información, semejanzas, comprensión y diseño de cubos, las cuales nos brindan 5 puntuaciones

compuestas: Índice de Comprensión Verbal (ICV), Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP), Índice de Memoria de Trabajo (IMT), Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP) y el CI Total (CIT).

La calificación de este test se realiza por escalas, en cuanto a claves se da un puntaje de 1 si la respuesta es correcta según el manual de corrección y 0 si esta es incorrecta, luego se realiza un conteo de las respuestas y para el puntaje final se restan las correctas menos las incorrectas. En cuanto a la escala de información, se lee una palabra y el usuario tiene que elaborar su definición y se brinda 1 punto si la respuesta es elaborada y 0 si no guarda relación. Para la escala de semejanzas se brinda un puntaje de 2 en caso la respuesta sea lo más parecido a la respuesta que brinda el manual, 1 en caso la respuesta sea similar o tenga noción a lo que se está refiriendo y 0 en caso la respuesta no tenga relación con la respuesta del manual. La escala de comprensión se puntúa de 0 a 2 puntos dependiendo de la calidad de respuesta que brinde el usuario y que ésta se asemeje al manual y en la escala de diseño de cubos se obtiene un puntaje de 0 a 4 en los 6 primeros diseños y de 0 a 6 puntos en los diseños 7, 8, 9 y 10. Al final los puntajes brutos de las escalas son trasladados a un puntaje escalar establecido por el manual de corrección. No se cuenta con las propiedades psicométricas del instrumento para la población peruana, sin embargo, se usó el instrumento como protocolo de la institución.

3.2.1.3. Test de la persona Bajo la Lluvia. Las pruebas proyectivas tienen como objetivo analizar la dinámica de personalidad que presenta el ser humano, estas son subjetivas, ya que nos muestran la parte inconsciente de la personalidad, es decir información que no es observable, no puede ser medida, es por ello que no es posible su validación (propiedades psicométricas). Sin embargo, Lozada (2017)

realizó un estudio en Perú sobre las propiedades psicométricas de esta prueba y señala que las pruebas proyectivas poseen confiabilidad y validez basándose en líneas indirectas como la riqueza de las respuestas que emite la persona a partir de la figura que se dibuja, el contraste de preguntas con otros datos del paciente recopilados en la entrevista y en las diferentes pruebas que se aplican, la consistencia de las respuestas, las respuestas, la interpretación similar de diferentes expertos sobre el mismo dibujo y los patrones repetidos dentro de la prueba son indicadores de confiabilidad y validez.

Sin bien es cierto esta prueba no se usa en evaluaciones de corte cognitivo conductual, aporta información en cuanto a la personalidad y los recursos de afronte que presenta el individuo al momento de enfrentarse a situaciones problemas, es por ello que se aplicó este instrumento como medio de ayuda.

3.2.1.4. Escala de Ansiedad de Hamilton. La Escala de Ansiedad de Hamilton fue creada en 1959 y adaptada por Lobo et al., 2002 y sirve como instrumento para evaluar la ansiedad. Es ideal para monitorear si hay cambios después de haber aplicado un plan de intervención; es decir, evalúa si hay respuestas al tratamiento. Tiene duración 30 minutos aproximadamente, cuenta con 14 ítems cuya puntuación va del 0 al 4, siendo el rango de la prueba total de 0 a 56 puntos, es así que si el usuario presenta un puntaje menor a 17 indica la presencia de ansiedad leve, ansiedad moderada de 18 a 24 puntos, ansiedad severa de 25 a 30 puntos y ansiedad grave de 31 a 56 puntos. Cuenta con dos dimensiones, ansiedad psíquica conformado por los ítems 1,2,3,4,5,6 y 14 y ansiedad somática que son 7,8,9,10,11,12 y 13. En cuanto a las propiedades, la prueba presenta validez discriminante y validez convergente, esta correlaciona con el State -Trait Anxiety

Inventory (STAI), la consistencia interna nos muestra el Alfa de Cronbach de 0,89 y la fiabilidad fue mediante el método test-retest, esto indica que el instrumento es fiable. (Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental, s.f.). Esta versión española es la que se usa en el servicio de psicología del área de Medicina Física y Rehabilitación, además es ideal para evaluar si hubo cambios después de aplicar un programa de intervención, es por ello que se usó esta prueba para medir la ansiedad.

3.2.1.5. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Este inventario clínico fue creado por Millon en el año 1987, posteriormente Ávila (1998) realizó la adaptación española, esta versión es utilizada como protocolo en la institución. Dicho inventario se aplica con el objetivo de evaluar los rasgos de personalidad y la psicopatología asociada en usuarios que estén llevando tratamiento psicológico o psiquiátrico. La edad mínima para la aplicación de esta prueba es de 18 años a más, en una duración de 30 a 40 minutos aproximadamente. Contiene 175 preguntas con dos alternativas de respuesta (verdadero y falso). Cuenta con cuatro escalas de validez, es decir mide la sinceridad de la persona frente a la prueba, indica si la prueba es considerada válida, la necesidad de aprobación del individuo y la escala de autodescalificación, así mismo, cuenta con 10 patrones clínicos de personalidad, 3 patologías de personalidad, 6 síndromes clínicos y 3 severos. En la calificación se debe tomar en cuenta los factores de exclusión, es así que se deben considerar inválidas aquellas pruebas que cuenten con 11 ítems no contestados. Las propiedades psicométricas de esta versión contienen validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo, así mismo la confiabilidad mediante el índice de consistencia interna muestra puntuaciones que fluctúan entre .97 a .94. (Ávila, 1998).

Se usó esta prueba porque se iban obteniendo indicadores clínicos en las demás pruebas, entonces se quería reforzar la información aplicando esta prueba que es usada en poblaciones clínicas.

3.2.1.6. Análisis funcional de la conducta. Es una herramienta usada para comprender las motivaciones externas e internas que tienen las personas para realizar conductas específicas, así mismo permite reconocer los reforzadores que permiten que la conducta sea estable en el tiempo. (Urrea, 2020).

3.2.2. Procedimiento de la evaluación

El proceso de evaluación empezó por el estudio de la historia clínica médica del usuario, luego se realizó la entrevista psicológica semiestructurada con el protocolo estipulado por la institución, mediante este instrumento se recolectó información lo que ayudó a la elaboración de la anamnesis para obtener una visión general del problema acontecido.

Así mismo, se aplicaron pruebas psicológicas empezando por la escala de ansiedad de Hamilton, la cual fue aplicada en su habitación (paciente hospitalizado). Al día siguiente, se aplicó la prueba abreviada de inteligencia. La motivación del paciente fue una recepción de apertura frente a los instrumentos, expresó “*esos cubitos me llaman la atención*”. Al finalizar la prueba menciona que se siente agotado y quiere descansar.

También se aplicó la prueba proyectiva persona bajo la lluvia para obtener indicadores de personalidad y observar los mecanismos de afronte al estrés que el evaluado presenta, la cual fue calificada por la Psicóloga encargada de la unidad de hospitalización de Medicina Física y Rehabilitación.

Una vez aplicadas las pruebas psicológicas se procedió a la elaboración del informe psicológico. A partir de ello se establece el plan de intervención.

3.3. Diagnóstico

3.3.1. Observación de conducta

El paciente es de contextura delgada por debajo de lo esperado para su edad y estatura. Se encuentra en adecuadas condiciones de aseo y aliño personal, viste ropa ligera, no acorde a la estación y ambiente hospitalario. Muestra actitud colaboradora frente al abordaje psicológico.

Se encuentra lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Sus procesos de atención selectiva y sostenida son adecuados, sin embargo, por momentos tiende a la distraibilidad.

Presenta lenguaje fluido, con coherencia en su discurso, en tono de voz moderado y curso rápido, acento propio de su lugar de origen y humor variable. Presenta actitud desconfiada y suspicaz frente a su entorno.

Frente a la entrevista y evaluación psicológica muestra actitud colaboradora, refiere “*voy hacer todo lo que me digan para sanarme rápido*”, sin embargo, muestra signos de ansiedad como inquietud motora, sudoración, ritmo cardíaco acelerado, menciona que le duele la cabeza cuando se siente tenso y preocupado, así mismo, refiere que por las noches presenta zumbidos en los oídos seguido de ello se presentan pesadillas que interrumpen su sueño.

3.3.2. Anamnesis e historia familiar

Nació por parto eutócico, a término, sin complicaciones. Natural de Chimbote, sin embargo, por motivos familiares se mudó a La merced – Chanchamayo. A los 6 años fue destetado del seno materno y usó el biberón hasta

los 8 años. En cuanto a su desarrollo psicomotor, caminó al año sin pasar por el periodo de gateo. El Control de esfínteres fue tardío: el diurno a los seis años y el nocturno a los 8 años y presentó enuresis hasta los 12 años aproximadamente. Así mismo, presenta succión del pulgar hasta los 10 años y en algunas ocasiones onicofagia.

Creció dentro de una dinámica familiar disfuncional, con padres separados, conoce a su padre por primera vez a la edad de 9 años, pero no establecen una relación cercana a diferencia de la relación con la madre pues genera con ella una relación de dependencia. Señala que su madre es muy sobreprotectora.

En la adolescencia adopta conductas de desobediencia hacia la madre, adopta la figura de autoridad en el hogar, tiempo más tarde decide ir a buscar a su padre a Chimbote y se queda a vivir con él, perdiendo un año académico, establece un vínculo afectivo distante con la figura paterna, pues experimenta resentimiento y lo considera como una persona irresponsable.

A nivel académico, en educación inicial obtiene un rendimiento académico promedio bajo, refiere que le costaba aprender cosas nuevas, pues todo el tiempo estaba en movimiento y no podía mantenerse por un tiempo prolongado en un solo lugar. Ingresó a nivel primario a los 7 años, continúa conducta hiperactiva y rendimiento bajo. Inicia educación secundaria a la edad de 13 años, con rendimiento promedio. Refiere conducta con tendencia a la hiperactividad.

A nivel social, le cuesta entablar relaciones interpersonales pues muestra desconfianza y dificultad para entablar amistad con sus pares, sobre todo con personas del sexo opuesto, ya que considera que no tiene amigos, solo conocidos.

En cuanto a su desarrollo psicosexual, menciona haber pasado por un episodio de violación sexual a los 5 años. A la edad de 10 años despierta en él la curiosidad por temas de índole sexual, a los 14 años inicia masturbación y a los 15 tuvo su primera relación sexual como tal. Niega relaciones homosexuales y se considera homofóbico.

La historia laboral indica inestabilidad, pues a los 18 años trabajó en un restaurante como mozo, en ese mismo año laboró como seguridad. A los 19 años fue empleado en una empresa de transportes registrando las entradas y salidas de los vehículos. A los 20 años se desempeñó en una librería atendiendo al público. A los 21 años fue personal de mantenimiento.

3.3.3. Resultados de los instrumentos empleados

3.3.3.1. Versión abreviada de la Prueba de Inteligencia para Adultos de Wechsler. (DICS). En cuanto al área cognitiva, el usuario obtiene un CI total de 93 puntos, que lo ubica en la categoría Normal Promedio. En cuanto al CI potencial obtiene un puntaje de 110 puntos que lo ubica en la categoría Normal Brillante, lo que indicaría la interferencia de factores emocionales en su desempeño cognitivo.

En el área verbal logra un CI de 98 puntos perteneciente a un nivel de rendimiento Normal Promedio. En relación a su desempeño, las funciones psicológicas de más alto desarrollo se asocian con la capacidad de razonamiento verbal y conceptualización y presenta dificultades en aquellas actividades involucradas con la capacidad de juicio y sentido común.

En cuanto al área ejecutiva, obtiene un CI de 87, que corresponde a la categoría Promedio Bajo, en cuanto a su desempeño logra discriminar detalles esenciales de los secundarios y presenta capacidad analítico-sintética y de

coordinación visoespacial. Presenta dificultades para formar relaciones entre las partes de un todo.

3.3.3.2. Persona Bajo la Lluvia. La dinámica de personalidad tiende a la introversión, con rasgos de ansiedad, inseguridad, establece lazos de independencia con su figura paterna, así mismo se evidencia egocentrismo y baja tolerancia frente a situaciones frustrantes, lo que podría favorecer conductas impulsivas. Presenta bajos recursos de afronte frente a situaciones frustrantes y conflictivas, es decir, cuando presenta conflictos o dificultades no sabe cómo actuar por lo que su cuerpo canaliza los conflictos psicológicos mediante su cuerpo. Por otro lado, muestra apertura para establecer contactos sociales, con cierta desconfianza, pues menciona “ahora no existen amigos, solo conocidos y si alguien se acerca a ti es porque quiere algo”.

Los esquemas de pensamientos se caracterizan por ser rígidos, posterga sus objetivos por una visión idealista de sí mismo y su necesidad de apoyo emocional. Frente a situaciones desestabilizantes y/o frustrantes se muestra poco asertivo y con dificultad para aplicar sus habilidades para hacerles frente. Por otro lado, es alegre, franco, sugestionable, muy activo, preocupado, exigente, celoso, impaciente, intolerante a la incertidumbre y a la activación emocional.

3.3.3.3. Escala de ansiedad de Hamilton. En la escala de ansiedad de Hamilton el usuario obtuvo 21 puntos lo que indica que el usuario presenta ansiedad moderada, es decir, presenta preocupaciones, anticipación de lo peor, imposibilidad de relajarse, temblores, tiene miedo a los espacios cerrados, dificultad para concentrarse, dolores musculares, zumbidos en los oídos seguido de pesadillas, sudoración, taquicardia, dolores de cabeza y micción frecuente.

3.3.3.4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). En contextos poco familiares se muestra desconfiado, hipervigilante, rígido, inseguro, ansioso, tenso, generado por un sentimiento de inferioridad y auto desvalorización.

En cuanto a las patologías severas de personalidad, obtiene indicador elevado en la escala paranoide, es por ello que se muestra desconfiado e hipervigilante llegando incluso a interpretar situaciones ambiguas como amenazantes.

En cuanto a los síndromes clínicos y severos no se muestran indicadores elevados en las puntuaciones.

3.3.3.5. Análisis funcional de la conducta. Se realizó el análisis funcional de la conducta baja tolerancia a la frustración, este se detalla a continuación:

En cuanto a los antecedentes, de manera externa se sabe que hay sobreprotección de la madre, apego inseguro con la figura materna y vínculo distante con su padre. De manera interna, el paciente está convencido que su mamá siempre va estar pendiente quien le va solucionar sus problemas.

En cuanto a sus conductas, a nivel cognitivo el paciente manifiesta: “Si algo pasa, mi mamá va ayudar”, “hay problemas que no tienen solución”, “trato de controlar mis emociones y me comporto bien, pero los demás no colaboran” y presenta preocupación constante. A nivel emocional se evidencia irritabilidad, impulsividad, cambios de humor y miedos. A nivel fisiológico hay sudoración y taquicardia y a nivel conductual manifiesto hay movimientos repetitivos, gritos y llanto.

En cuanto a las consecuencias, de manera externa, la madre está pendiente de los problemas del paciente y trata de solucionarlos. De manera interna, el

paciente manifiesta pensamientos de auto desvalorización y desesperanza aprendida.

3.3.4. Conclusión diagnóstica

La evaluación de este caso clínico fue de manera presencial.

Para la presunción diagnóstica del caso se utilizó el CIE-10. Se consideró F44. Trastorno disociativo de conversión, para diagnosticar este trastorno se deben cumplir dos criterios esenciales: a) No debe haber pruebas de una alteración orgánica que pueda explicar los síntomas característicos de este trastorno (aunque puede haber trastornos orgánicos que den lugar a otros síntomas) y b) presencia de asociaciones convincentes en tiempo entre el inicio de los síntomas y acontecimientos estresantes, problemas o necesidades.

Se consideró también el F44.4 trastornos disociativos de la motilidad y para el diagnóstico de este se deben cumplir los criterios generales del F44 que es el trastorno disociativo de conversión, a esto se le suma la pérdida completa o parcial de la capacidad para realizar movimientos que normalmente están bajo control voluntario (incluido el habla) y variedades o grados variables de falta de coordinación, ataxia o incapacidad para mantenerse en pie sin ayuda.

Los ejes propuestos por el CIE 10. En el eje I, síndromes psiquiátricos clínicos se consideró F44 Trastorno disociativo de conversión, pues el usuario cumple con los criterios a y b de mencionado trastorno. Además, se consideró el F44.4 trastornos disociativos de la motilidad, pues cumple con el criterio de la pérdida de la capacidad para realizar movimientos en las extremidades inferiores, así mismo se consideraron los rasgos paranoides de la personalidad, ansiedad moderada e hipertiroidismo.

En cuanto al eje II, trastornos específicos del desarrollo, el cuidado personal y supervivencia se considera como leve, el funcionamiento ocupacional es moderado al igual que el funcionamiento con la familia y el funcionamiento en otros desempeños y actividades es leve.

Por último, en el eje III, nivel intelectual, presenta un coeficiente intelectual normal, y el potencial de categoría normal brillante lo que nos indica intervención de factores emocionales a nivel cognitivo.

3.1.4.1. Diagnóstico Diferencial. El diagnóstico diferencial se hizo a nivel de eje I. Es de suma importancia diferenciar el trastorno disociativo de conversión (F44) con el trastorno ficticio (F68.1), ya que en este último también presenta síntomas físicos que traen un malestar significativo y un gran deterioro funcional, la diferencia es que los pacientes con trastorno ficticio simulan sus síntomas con el fin de conseguir algo a cambio, por ejemplo: eludir situaciones legales, evitar deberes como el trabajo, intentos por conseguir compensaciones de enfermedad, estos pacientes pueden provocarse daños ingiriendo medicamentos para producirse signos y síntomas, pero en los exámenes médicos se logra identificar la presencia de estos medicamentos; a diferencia del trastorno de conversión en donde el paciente sí experimenta los síntomas pero estos no tienen una explicación médica, sino más psicológica.

Se debe diferenciar también con el trastorno de somatización; ya que, en este trastorno se presenta quejas de síntomas múltiples y variables que no pueden ser explicados por ningún trastorno físico detectable, la preocupación por los síntomas conduce al paciente a buscar reiteradas veces la opinión de diferentes médicos, hay un rechazo a aceptar el reaseguramiento por los médicos de que no existe alteración

física; la diferencia radica en que en el trastorno de somatización el dolor y los síntomas se presentan por diferentes partes del cuerpo. Además, hay presencia de síntomas gastrointestinales, en cambio en el trastorno de conversión los síntomas son en lugares fijos del cuerpo y aparentemente de origen neurológico sin explicación médica.

3.3.5. Recomendaciones sobre los resultados encontrados

Después de haber aplicado los instrumentos de evaluación y obtener los resultados por cada prueba, los cuales son descritos en los apartados anteriores, se recomienda diseñar y aplicar un plan de intervención bajo el modelo cognitivo conductual, ya que es necesario que el usuario adopte recursos de afrontamiento a situaciones estresantes, además es de suma importancia que exprese sus emociones de manera adecuada, para que no canalice sus conflictos psicológicos de manera física, es importante también que se entrene en técnicas de resolución de conflictos, así mismo se recomienda entrenar en técnicas de relajación que ayuden al usuario a manejar adecuadamente los signos y síntomas de la ansiedad que manifiesta y que interfieren en su salud emocional.

3.4. Objetivos de la intervención

3.4.1. Objetivo General

Disminuir los niveles de ansiedad presentados por un usuario con trastorno disociativo de conversión.

3.4.2. Objetivos específicos

- Entrenar en estilos de afrontamiento.
- Entrenar en técnicas de resolución de conflictos.

3.5. Indicadores de logro

- Lograr que el usuario disminuya sus niveles de ansiedad.
- Lograr que el usuario adopte un estilo de afrontamiento adecuado para confrontar situaciones demandantes que generen estrés y ansiedad.
- Lograr que el usuario aprenda técnicas de resolución de conflictos para que cuando se enfrente a una situación problema proponga alternativas de solución y las ponga en práctica en su vida cotidiana.

3.6. Descripción del procedimiento

3.6.1. Plan de intervención

El abordaje de este caso se ha realizado mediante el modelo Cognitivo Conductual y se dividió en 13 sesiones de intervención propiamente dicha, las cuales fueron aplicadas dos por semana (lunes y viernes) y tres sesiones de seguimiento, todas estas de 45 minutos aproximadamente. Dichas sesiones fueron preparadas y aplicadas en equipo con la psicóloga responsable del pabellón de Medicina Física y Rehabilitación del hospital, las cuales se detallan en el cronograma de actividades del plan de intervención.

3.6.1.1. Sesión modelo.

Las sesiones de la intervención psicológica del caso estuvieron estructuradas en tres partes. Fase de inicio, se conversa las actividades que han realizado en el intervalo de las sesiones, problemática que ha presentado y dificultades en la aplicación de las técnicas enseñadas.

Fase de desarrollo, instrucción sobre técnicas nuevas, aplicación de casos y psicoeducación para mejor comprensión del tema. Y fase de cierre, resumen de forma oral sobre la sesión trabajada y uso de actividades prácticas.

3.6.2. Justificación de metodologías o técnicas empleadas.

Las técnicas que se emplearon para la intervención psicológica, se describen a continuación:

3.6.2.1. Psicoeducación. Esta técnica se usó a lo largo de la aplicación del programa de intervención, para que comprenda su diagnóstico, la naturaleza de sus síntomas conversivos, las repercusiones de la ansiedad en los diferentes aspectos de la vida en caso no sea manejada de manera óptima y también para la explicación y reforzamiento de las técnicas instruidas en cada sesión.

3.6.2.2. Técnicas de relajación. Se usaron diferentes técnicas de relajación como la respiración profunda 4-6-7, la técnica del globo y la relajación imaginaria, todas estas con el mismo objetivo de reducir los niveles de ansiedad presentados por el paciente, ya que cuando se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton se observa que obtiene ansiedad moderada, así mismo mediante observación conductual se evidencian signos de ansiedad como sudoración, inquietud motora, etc.

3.6.2.3. Entrevista psicológica. Se usó la entrevista psicológica como medio para recolectar información en la etapa de evaluación y también para comprobar si las técnicas enseñadas en el plan de intervención fueron asimiladas por el usuario, esta técnica fue usada en todo el proceso de abordaje del caso de trastorno disociativo de conversión.

3.6.2.4. Modelo ABC. Esta técnica fue usada para explicar con mayor detalle las diferentes respuestas de las personas frente a una misma situación, y como los pensamientos influyen en el modo de actuar de la persona, esto se explicó con el apoyo de ejemplos de casos aplicados a la vida cotidiana.

3.6.2.5. Restructuración cognitiva. Esta técnica fue usada para cambiar esos pensamientos desadaptativos que presentaba el usuario y que por ende generaban emociones desagradables, para remplazarlos por pensamientos adaptativos que generen emociones agradables, ello se ponía en práctica cuando presentaba un evento estresante, pues automáticamente se presentaban pensamientos desadaptativos que generaban ansiedad y malestar emocional en el usuario.

3.6.2.6. Estilos de afrontamiento al estrés. Se consideró instruir en estilos de afrontamiento al estrés porque cuando se realizó la entrevista psicológica y se hizo el análisis de la prueba de persona bajo la lluvia, se llegó a la conclusión que el usuario presentaba pobres recursos de afronte al estrés, hecho que permitía canalizar los problemas psicológicos mediante su cuerpo, es por ello que se realizó psicoeducación sobre los estilos de afrontamiento adecuados para hacer frente a situaciones demandantes.

3.6.2.7. Técnica de resolución de conflictos. Se consideró usar la técnica de resolución de conflictos de D’Zurilla, Nezu y Maydeu, que consta de dos momentos, en el primer momento se tomará en cuenta como el usuario percibe el problema, la atribución del problema, la valoración del problema, y el control personal, es decir si considera poder enfrentar el problema, el compromiso de tiempo y esfuerzo que se le dedicará a cada situación problema y el segundo momento que consta de la definición y formulación del problema, es decir la delimitación del problema, se generan alternativas de solución, se elige una de ellas, se aplica a la problemática y se comprueba si fue útil o no. Esta técnica se tomó en cuenta, ya que el usuario presentaba situaciones problema considerados por él como

conflictos abrumadores que no sabía cómo resolverlos, esta técnica fue de gran ayuda porque permite analizar las situaciones conflictivas a mayor detalle y permite aplicar la toma de decisiones en torno al caso.

3.6.2.8. Alto al pensamiento. Esta técnica se usó porque se identificó pensamientos desadaptativos, se utilizó para detener esos pensamientos invasores dando pase a la realización de la reestructuración cognitiva, para proponer pensamientos alternativos saludables que generen bienestar emocional en el usuario.

3.6.3. Consideraciones éticas

Se informó al usuario sobre el plan de intervención que se llevó a cabo sobre su caso, los objetivos y el procedimiento que se seguirá. Para cumplir el principio de beneficencia se le brindaron diferentes técnicas de manejo de ansiedad, estrategias de afrontamiento al estrés y técnicas de resolución de conflictos.

Para cumplir con el principio de autonomía se le detalló que la participación es voluntaria y que tienen el derecho de retirarse de las sesiones en el momento que él lo desee, sin perjuicio alguno.

Para la ejecución del plan de intervención, el usuario firmó el consentimiento informado brindado por la psicóloga responsable del área, garantizando de esta manera la comprensión de la información y el conocimiento del plan.

Por otro lado, para mantener la confidencialidad no se muestran datos personales como nombres y apellidos, dentro del trabajo de suficiencia profesional.

3.6.4. Monitoreo y evaluación

El monitoreo tuvo como objetivo evaluar el progreso del usuario en base a la aplicación del programa de intervención

Los instrumentos empleados para monitorear el logro de los indicadores son:

-Escala de Ansiedad de Hamilton. Esta escala fue aplicada antes de iniciar la aplicación del plan de intervención, para evaluar los indicadores de ansiedad que el usuario presentaba en un inicio. Esta misma escala fue aplicada luego de finalizar la aplicación del plan de intervención para evaluar si hubo cambios en torno a los niveles de ansiedad y si las técnicas instruidas para el manejo de la ansiedad dieron resultados favorables, de esta manera se estará evaluando el cumplimiento del objetivo general.

-Entrevista psicológica. Esta herramienta se utilizará para el monitoreo del objetivo “entrenar en estilos de afrontamiento”, para lo cual se realizarán preguntas en la entrevista psicológica para evaluar si ha comprendido la información brindada sobre los estilos de afrontamiento, además se le preguntará con cual estilo de afrontamiento se identifica y en que consiste dicho estilo, de este modo se evaluará si la información ha sido recibida y aprendida.

-Observación conductual. Esta herramienta será usada para el monitoreo del objetivo que consiste en “*entrenar en técnicas de resolución de conflictos*”, pues en los talleres grupales que se realizan como actividades del centro se propondrán algunas situaciones problema para observar el actuar del usuario en evaluación, a esto se le añade la entrevista psicológica y se le preguntará el modo

de actuar cuando se le presentan conflictos cotidianos considerados por él como factor estresante, de ese modo se podrá saber si pone en práctica las técnicas de resolución de conflictos instruidas.

3.6.5. Seguimiento

Se elaboraron 3 sesiones de seguimiento para el alta, las cuales fueron aplicadas una por semana con una duración de 45 minutos cada una. Estas actividades fueron guiadas por la psicóloga responsable del área de Medicina Física y Rehabilitación, estas fueron administradas después de haber pasado 15 días de haber operado el plan de intervención.

Los instrumentos usados fueron la observación de conducta, entrevista psicológica y la escala de ansiedad de Hamilton, así mismo se usaron estrategias como análisis de caso y psicoeducación para reforzar la información brindada en el plan de intervención.

Las sesiones de seguimiento para el alta, se detallan a continuación:

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Después de aplicar el programa de intervención, se muestran los siguientes resultados:

El indicador general “*disminuir los niveles de ansiedad presentados por un usuario con trastorno disociativo de conversión*”, fue medido mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton, ya que esta escala se aplicó al inicio de la evaluación y arrojó una ansiedad moderada, por lo que se volvió aplicar la misma escala al finalizar la aplicación del plan de intervención y como resultados se obtuvo la disminución de los niveles de ansiedad de moderado a leve. Así mismo, cuando se realiza entrevista psicológica menciona que antes de la aplicación del programa de intervención, presentaba pesadillas constantes que interrumpían su sueño, sudoración, inquietud motora, taquicardias y dolores de cabeza cuando se presentaba un problema estresante para él, sin embargo, finalizado el plan de intervención menciona que las técnicas para el manejo de la ansiedad fueron de gran ayuda, ya que cuando está frente a un problema primero pone en práctica la respiración profunda 4-6-7, esto le permite sentirse calmado y de esta manera puede analizar las dificultades que se le presentan y pensar en alternativas de solución. Así mismo, menciona que cuando se le presentan pesadillas, utiliza la técnica de relajación imaginaria, pues se concentra en imaginar lugares tranquilos que transmiten calma y siente como si en ese momento estaría paseando por dichos lugares, de modo que le ayuda a conciliar el sueño nuevamente; entonces se puede decir que el indicador de logro propuesto se ha cumplido.

El indicador *“lograr que el usuario adopte un estilo de afrontamiento adecuado para confrontar situaciones demandantes que generen estrés y ansiedad”*, fue monitoreado mediante entrevista psicológica en donde se realizan preguntas en torno al modo de abordaje de una situación conflictiva y como resultado se obtiene que el usuario adoptó el estilo de afrontamiento centrado en el problema, pues menciona que antes de brindarle información acerca de los estilos de afrontamiento, cuando se le presentaba un problema, los pensamientos invasores como *“las cosas no tienen solución”*, *“no sé qué voy hacer”* se presentaban, hecho que permitía que el usuario se sienta frustrado y canalice estas situaciones estresantes mediante su cuerpo en forma de síntomas como dolores y adormecimiento en las piernas e incluso parálisis, llegando a interrumpir sus actividades cotidianas. Después de haber adoptado el estilo de afrontamiento centrado en el problema, menciona que frente a situaciones estresantes, primero se centra en buscar alternativas de frente y organiza las actividades a realizar para enfrentar ciertas demandas del entorno, por ejemplo, menciona que anteriormente cuando discutía con su enamorada no sabía que decir y empezaba a presentar dolores en las piernas y no podía caminar, después de haber aplicado el plan de intervención su modo de actuar era distinto, pues frente a una discusión con su enamorada expresaba su sentir y analizaba el problema, su origen y como podría actuar para que no vuelvan a presentar esas discusiones, es decir, ya no se quedaba callado y proponía alternativas de salida frente al problema, según refiere, esto permitía que se sienta tranquilo pues las discusiones disminuyeron gracias a la actitud y modo de actuar del usuario, de esta manera se cumple este indicador.

En cuanto al indicador de logro “*lograr que el usuario aprenda técnicas de resolución de conflictos para que cuando se enfrente a una situación problema proponga alternativas de solución y las ponga en práctica en su vida cotidiana*” se utilizó la observación conductual en las diferentes actividades propuestas por el servicio de psicología, en donde se presentaban situaciones conflictivas con sus compañeros de piso y se observaba el actuar del usuario frente a lo acontecido, como resultado se obtuvo que el usuario muestra actitud de apertura a solucionar los problemas, así mismo propone alternativas de solución, esto se corrobora también con la entrevista psicológica. Por ejemplo, como método de evaluación, se observa la conducta del usuario en una actividad de pintado de mandalas que realizó el servicio de psicología, a dicho evento asistió el usuario y demás compañeros, entre ellos un joven con lesión en la mano derecha, hecho que le dificultaba realizar satisfactoriamente el pintado, frente a ello sus compañeros se empezaron a reír; esta situación le disgustó al usuario en evaluación, pues mencionó que no debemos burlarse de los demás por su condición física, seguidamente propuso como alternativa de solución que todos pinten sus mandalas con la mano izquierda, para que puedan comprender la situación del joven y eviten mostrar esas actitudes, por lo que se concluye con el cumplimiento del indicador propuesto.

4.1.1. Análisis de los resultados

Respondiendo al objetivo general “*disminuir los niveles de ansiedad presentados por un usuario con trastorno disociativo de conversión.*” se logró cumplir con este objetivo propuesto, pues al final de la aplicación del plan de intervención el usuario disminuyó sus niveles de ansiedad de moderado a leve, esto porque se aplicaron técnicas de relajación y a la vez se le enseñó al usuario a

ponerlas en práctica en la vida real, esto se fundamenta con el estudio de Padilla (2014) en el cual señala que las técnicas de relajación ayudan a disminuir los niveles de ansiedad y activación psicofisiológica. Así mismo, concuerda con el estudio de Blanco et al., (2014), en donde se analizan las técnicas de relajación en la relación con el diagnóstico que las personas presentan, como resultados obtienen que las técnicas de relajación son usadas en un 87, 8% en los trastornos de ansiedad y un 84,2% en los trastornos somatomorfos. Estos resultados concuerdan con este trabajo de suficiencia profesional, ya que se usaron técnicas de relajación que ayudaron a disminuir los niveles de ansiedad.

El objetivo específico “*entrenar en estilos de afrontamiento*” se logra cumplir, pues el usuario recibió información acerca de los estilos de afrontamiento, así mismo se entrenó en los estilos de afrontamiento adecuados para la disminución de la ansiedad, adoptó las estrategias de afronte al estrés, esto apoyado con la técnica de resolución de conflictos y con la reestructuración cognitiva, lo que permitió obtener resultados favorables, esto se relaciona con el estudio de Pérez et al., (2002) en el cual afirman que los conflictos psicológicos repercuten de manera negativa en la salud de las personas, pero si adoptan recursos de afronte al estrés, estos conflictos serán manejados adecuadamente sin perjudicar la salud física, así mismo menciona que si se adoptan estilos centrados en el problema y centrados en la emoción estos habren paso a la reducción de los niveles de ansiedad, hecho que concuerda con este objetivo, pues el usuario adoptó el estilo de afrontamiento centrado en el problema, pues cuando se presentaban situaciones conflictivas presentaba alternativas de solución esto corroborado con observación conductual y

entrevista psicológica, además esto se apoya con el cambio de enfoque de epensamiento frente a cada situación problema.

Así mismo, el objetivo “*entrenar en técnicas de resolución de conflictos*” se logra cumplir pues el usuario logra manejar de manera óptima los conflictos , pues se observa que ante dificultades con sus compañeros de ambiente hospitalario trata de proponer alternativas de solución, esto gracias a que fue instruido en técnicas de resolución de problemas, las cuales son eficaces para disminuir las preocupaciones y con ello los niveles de ansiedad, hecho que se sustenta con el estudio de Genise (2016) en la cual se menciona que la terapia cognitivo conductual también incluye las técnicas de resolución de conflictos, las cuales son herramientas para aplacar las preocupaciones factor cognitivo en los trastornos de ansiedad, además el instruir en técnicas de resolución de conflictos ayuda a proponer alternativas de solución, y aplicarlas en la vida cotidiana, hecho que ayuda disminuir los niveles de ansiedad presentados a causa de un conflicto.

4.2. Reflexión de la experiencia

4.2.1. Limitaciones en el proceso de intervención

Luego de haber culminado con la intervención psicológica que fueron 16 sesiones en total, 13 sesiones propiamente dichas y 3 de seguimiento, se reconoce que existen limitaciones como el intervalo de tiempo entre las sesiones de intervención y las de seguimiento fue corto, ya que el usuario fue dado de alta médica y tenía que regresar a su ciudad natal a seguir realizando sus labores, es por ello que se aplicó las sesiones de seguimiento solo después de dos semanas.

Otra de las limitaciones fue el cambio de horario a las sesiones programadas, ya que los médicos programaban exámenes físicos al usuario y no avisaban al área

de psicología con anticipación para organizar con tiempo las actividades, entonces las sesiones de intervención se tenían que adecuar a los tiempos del paciente.

En cuanto a la elaboración del trabajo de suficiencia profesional, las limitaciones fueron en torno a la búsqueda de antecedentes internacionales, pues la idea era colocar investigaciones contextualizadas a la población del trabajo (adulto), sin embargo, las investigaciones que se encontraban con esta población, estaban fuera del rango de las fechas aceptadas para dicho trabajo.

4.2.2. Impacto en la institución

El impacto que tuvo el abordaje en la institución fue significativo, pues se puso en evidencia como la terapia psicológica ayuda en la recuperación de los pacientes, además muchas veces se cree que este tipo de trastornos se puede manejar con medicación sin tomar en cuenta la parte emocional.

A partir del abordaje psicológico de este caso, se empezó a tomar mayor importancia a la intervención psicológica en las visitas médicas que se realizan todos los días a cada paciente de cada piso y pabellón del hospital. Se empezó a dar parte para realizar detalles psicológicos del paciente que puedan ayudar en su recuperación.

4.2.3. Aporte

4.2.3.1. Área psicológica. Este trabajo brinda aporte enriquecedor al área psicológica ya que muestra la eficacia de la terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno disociativo de conversión, pues generalmente este tipo de casos son abordados bajo el enfoque psicoanalítico, sin embargo, con este trabajo se evidencia que también se puede abordar desde otro enfoque, además esta información puede servir para un abordaje futuro de casos que presenten este trastorno o un trastorno similar, esto permitirá que se brinden las estrategias usadas en el caso para llevar un mejor abordaje que ayude a la persona.

4.2.3.2. Contexto. En el contexto social, el aporte que brinda este trabajo de suficiencia profesional radica en la importancia del abordaje psicológico en cada uno de los usuarios del hospital, ya que ello brinda soporte emocional para la mejora y recuperación a nivel físico.

Así mismo, brinda aporte significativo, pues las personas que interactúen con este trabajo se darán cuenta de la importancia de la expresión de emociones, la importancia del factor psicológico en la vida, muchas generalmente se brinda mayor importancia a los problemas físicos que a los emocionales.

4.2.4. Demandas profesionales y competencias

Para abordar este caso fue de suma importancia la flexibilidad, ya que los médicos usaban los horarios separados por el área de psicología, hecho que era frustrante porque ya se tenía todas las actividades programadas y estas se tenían que adaptar a los horarios libres que tenía el paciente.

También era fundamental conocer sobre el trastorno en sí para así poder brindar información certera al paciente sobre lo que le está pasando, para ello se

tenía revisar el CIE 10 constantemente y también se contaba con la capacitación de la asesora encargada del área. Así mismo se contaba con capacitaciones brindada por la jefa general de psicología en donde se podía presentar las diversas dudas que se tenía.

El rapport y la empatía fueron clave en este caso, ya que establecer un adecuado rapport permitió que el paciente se sienta en confianza y pueda contar sus afecciones y la empatía permitió ponernos en el lugar de la otra persona y observar desde otro punto de vista el problema y proponer alternativas de solución favorables.

4.2.5. Autoevaluación

Al realizar este abordaje intrahospitalario del trastorno disociativo de conversión, guiada por la psicóloga responsable del área de psicología del servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se reforzaron aspectos relacionados al vínculo terapeuta - paciente, entre ellas el acercamiento inicial al nuevo usuario del servicio, establecer relación de confianza que es clave en todo el proceso de evaluación e intervención, así mismo la aplicación de pruebas psicológicas que ya se conocía y el aprendizaje de una prueba nueva, que es la versión abreviada del WAIS IV, pues solo se conocía la versión completa, hecho que queda como aprendizaje tras abordar este caso y servirá también para intervenciones futuras.

En cuanto al desempeño, se considera que fue el adecuado, sin embargo, costó adaptarse a los cambios de horarios propuestos por el área médica, para la intervención del usuario, porque ya se tenían actividades programadas en el área de psicología, sin embargo, no fue imposible, gracias a la flexibilidad se pudo cumplir con todo lo programado.

En cuanto a la institución, sería de gran ayuda que brinden las herramientas y espacios necesarios para la intervención psicológica, pues los espacios que brindan son compartidos con los demás profesionales del área, hecho que dificulta la evaluación e intervención, pues se genera distracción.

Así mismo, sería favorable que se brinde mayor importancia al factor psicológico en las visitas multidisciplinarias que se realizan a los usuarios, pues brindan el pase a psicología para dar su aporte en algunas ocasiones, cuando el psicólogo lo solicita, sería de gran ayuda para el abordaje del paciente si se trabaja en equipo.

CONCLUSIONES

- El modelo de intervención que se propone para este caso es el modelo de corte cognitivo conductual, mediante sesiones propias de intervención y sesiones de seguimiento para el alta.
- Se cumplió con el objetivo general, pues se logró disminuir los niveles de ansiedad de moderado a leve.
- También se cumplió el primer objetivo específico, ya que el usuario logró adoptar el estilo de afrontamiento centrado en el problema, hecho que le permite proponer alternativas de solución frente a una situación problemática.
- Así mismo, se logró el segundo objetivo específico, ya que se instruyó en técnicas de resolución de conflictos, las cuales fueron adoptadas por el usuario, esto corroborado con entrevista y observación.
- Se realizaron sesiones de seguimiento después de dos semanas para evaluar la eficacia de las técnicas instruidas, en lo cual se evidenció que las técnicas enseñadas fueron aprendidas por el usuario y puestas en práctica.

RECOMENDACIONES

Sobre el programa de intervención se recomienda realizar sesiones de seguimiento a largo plazo (pasado algunos meses) para evaluar si las técnicas instruidas en el plan de intervención tuvieron resultados favorables y duraderos en el tiempo.

Así mismo, se recomienda tener participación activa por parte de sus familiares cercanos, ya que de esa manera se obtiene diferentes puntos de vista sobre la situación que se está presentando y también al fortalecer las redes de apoyo, ya que esto ayuda a la recuperación del usuario.

En cuanto a las estrategias usadas para la medición del caso, se recomienda usar un cuestionario que mida estilos de afrontamiento, ya que en este caso para la evaluación de dicho aspecto se realizó entrevista psicológica y de apoyo la prueba proyectiva persona bajo la lluvia.

Y en lo referente a la institución sería recomendable que brinden las herramientas necesarias y los espacios adecuados para la intervención psicológica, para contar con mayor privacidad al momento de la evaluación e intervención.

REFERENCIAS

- Aguilar, G., y Musso, A. (2008). La meditación como proceso cognitivo-conductual. *Suma Psicológica*, 15(1), 241-258.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604010>
- Antona, C., García-López, L., Yela, J., Gómez, M., Salgado, A., Delgado, C. y Urchaga, J. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*, 14(2), 183-200. <https://www.researchgate.net/publication/317511872>
- Arturo, B., y García, E. (2014.). *Resolución de problemas*. Universitat de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Ávila, A. (1998). *MCMI -II. Inventario Multiaxial de Millon- II*. TEA Ediciones .
- Bados, A., & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva* . Universitat de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Blanco, C., Estupiñá, F., Labrador, F., Fernández-Arias, I., Bernardo-de-Quirós, M. y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30(2), 403-411.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.158451>
- Bulacio, J., Vieyra, C. y Mongiello, E. (2018). *Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Fundación de Investigación de Ciencias Cognitivas Aplicadas.

[https://web.archive.org/web/20180410230221id_/http://www.fundacionicc
ap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion
_como_estrategia_terapeutica.pdf](https://web.archive.org/web/20180410230221id_/http://www.fundacionicc
ap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion
_como_estrategia_terapeutica.pdf)

Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Fundación FORO.
<https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Cano, A. (1992). *Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.
[https://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie_10.htm#:~:text=\(de%20conversi%20C3%B3n\).-,F44.,\(de%20conversi%20sin%20especificaci%20C3%B3n](https://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie_10.htm#:~:text=(de%20conversi%20C3%B3n).-,F44.,(de%20conversi%20sin%20especificaci%20C3%B3n)

Cea, J., Gonzáles-Pinto, A., y Cabo, O. (2015). Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años. Estudio piloto. *Gerokomos*, 26(1), 18-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100005>

Climent, C., Castrillón, E., Miranda, C., Gonzáles, C., Conde, S., y Torres, F. (2020). *Urgencias psiquiátricas: guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia*.
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Urgencias%20Psiquiatricas.pdf>

Conde, C. (2017, 4 agosto). El abordaje psicológico en la estructura familiar. *Asociación Mexicana de Psicoterapia y Educación*.
<https://www.psicoedu.org/el-abordaje-psicologico/?v=55f82ff37b55>

Cruz, C. (2018). La historia moderna: Parte III Trastornos Disociativos y Conversión. *Psiquiatría y Salud Mental*, 35(1), 56-67.

- Dimsdale, J. (2020, octubre). Trastorno de Conversión. *Manual MSD: Versión para profesionales*. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-de-síntomas-somáticos-y-relacionados/trastorno-de-conversión>
- Dorado, M. (2021). *Tratamientos psicológicos para el abordaje del trastorno neurológico funcional: una revisión sistémica* [Tesis de maestría, Universitat Jaume I]. Repositori Universitat Jaume I. <http://hdl.handle.net/10234/195469>
- Duque, P., Vásquez, R., & Cote, M. (2015). *Trastorno conversivo en niños y adolescentes*. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n4/v44n4a07.pdf>
- Etchebarne, I. (2016, del 28 al 30 de julio). Terapia de relajación aplicada: una conceptualización desde los desarrollos cognitivo-conductuales de 3ra generación y nuevas evidencias [conferencia]. *XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual (ALAMOC)*, Panamá. <https://www.researchgate.net/publication/315444922>
- Flores, Z. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado*. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/11325/Zapata_Arias_Ana_Giselle.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gaedicke, A., & Gonzáles, J. (2010). Somatización y trastorno conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Revista Memoriza.com*, 6(2010), 1-14.

http://www.memoriza.com/documentos/revista/2010/somatizafeb2010_6_1-14.pdf

Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., y Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia*, 4(1), 63-72.
<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086006.pdf>

Genise, G. (2016). Terapia de resolución de problemas en un paciente con Trastorno Negativista Desafiante. *PSIENCIA*, 8(1), 1-10.
<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333145838003.pdf>

Gómez, I. (2016, del 11 al 13 de agosto). Somatización en adolescentes [conferencia]. *XII Congreso Internacional de Salud, Educación y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes*, Perú.
<https://www.spaj.org.pe/?s=somatizacion+en+adolescentes>

González, I. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET, Revista de Toxicomanías*. (57), 12-17.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627227>

Instituto Nacional de Salud Mental . (2018). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana* .
<https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf>

Kontos, N. (2018). *Trastorno de síntomas somáticos*.

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg

Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499. <https://medes.com/publication/3566>

Lozada, D. (2017). *Dimensiones del test gráfico persona bajo la lluvia en personas con y sin experiencia de lluvia intensa*. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2797/MOROCHO_VL.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Marín, B. (2017). Síntomas Neurológicos Funcionales: abordaje general e intervenciones psicológicas. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1-15.

Martínez, F. (2011). *El uso compartido de la emoción: ¿Porqué necesitamos compartir las emociones?* http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000200009

Martínez, A., García, C., Sánchez, M., Muros, N., Campos, J., & Sánchez, C. (2019). *Trastorno de conversión*. Obtenido de <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-24COMU3Reg2416.pdf>

Mesa, F., Losada, M., García, M., Arteaga, V., Alvarez, A., & Abreu, J. (2001). *Ceguera post-traumática como manifestación de un trastorno de conversión*. <http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-12/12sco13.pdf>

Mesa, F., Losada, M., García, M., Arteaga, V., Alvarez, A. y Abreu, J. (2001). *Ceguera post-traumática como manifestación de un trastorno de conversión*.

Arch. Soc. Oftal., (12), 85-88.
<http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-12/12sco13.pdf>

MINSA. (2021). *Salud mental: 52% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia.* <https://www.minsa.gob.pe/newsletter/2021/edicion-72/nota4/index.html>

Millon, Th. (2002). MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. *Portal Web de la Universidad de Lima.* <https://www.ulima.edu.pe/pregrado/psicologia/gabinete-psicometrico/mcmi-ii-inventario-clinico-multiaxial-de-millon-ii>

Montoya, N. (2015). *Estructura familiar de 7 adolescentes que resultaron afectados por caso de histeria colectiva en la insitución educativa del corregimiento de Sinaí, Municipio de Argelia, Cauca* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. Repositorio insitucional UNAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/11890>

Moreno, S. (2011). *Terapia Cognitivo-Conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (SSI 4,6) en atención primaria: Un estudio controlado aleatorizado* [Tesis doctoral, Universidad Zaragoza]. Repositorio institucional ZAGUAN. <https://zaguan.unizar.es/record/7057/files/TESIS-2012-031.pdf>

Muraca, F. (2019). Aportes desde la psieducación al tratamiento de la enfermedad mental. *e-Universitas*, 2(22), 1-7. <http://www.e-universitas.edu.ar/index.php/journal/article/view/184/11-2-83>

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10ª ed.). <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/cie10/volumen1-2018.pdf>
- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo- conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf
- Pérez, C., Calvo, A. y Ruiz, P. (2017). "Levántate y anda", un caso de trastorno conversivo grave en la infancia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 34(1), 38-42. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/567389>
- Pérez, M., Alonso, I., Gómez-Vallejo, S., y Moreno, D. (2021). Trastornos somatomorfos y síntomas neurológicos funcionales en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(2), 41-58. <http://doi.org/10.31766/revpsij.v38n2a4>
- Pérez, C., Morales, H., & Espinoza, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP.*, 1, 1-39.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Restrepo, M., & Restrepo, D. (2019). *Del trastorno conversivo a los trastornos neurológicos funcionales ¿superando el diagnóstico por descarte?* Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n3/v48n3a07.pdf>

- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705302>
- Rodríguez, T., García, C., y Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *MediSur*, 3(3), 55-70. <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>
- Romero, M., García, M., Morer, A., Varela, E., Santamaria, P., Vásquez-Morejón, A. y Lázaro, L. (2017). El trastorno conversivo infantil desde una orientación sistémico-experiencial: a propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4(2017), 392-399. <http://dx.doi.org/10.31766/revpsij.v34n4a2>
- Rosales, R., Sánchez, K. y Riverí, J. (2016). Experiencia traumática por violación en un adolescente. *MEDISAN*, 20(10), 2282-2286. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000012
- Royal College of Psychiatrists. (2009). *La terapia cognitivo conductual (TCC)* (C. Pinto, Trad.). Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. (Original work published 2007).
- Sabogal T, L. F. (2004). Pruebas proyectivas: acerca de su validez y confiabilidad. *Duazary*, 1(2), 134-137.
- Saldías, P., & Lora, M. E. (2006). *Síntoma conversivo en la histeria*. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v4n2/v4n2a5.pdf>

- Sánchez, I. (2020). Los trastornos psicósomáticos en el niño y el adolescente. *MEDISAN*, 24(5), 943-961.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2020/mds205n.pdf>
- Sánchez, H., Yarlequé, L., Alva, L., Nuñez, E., Arenas, C., Matalinares, M., . . .
Fernández, C. (2021). *Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por covid-19*.
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3654/4653>
- Sevilla, B. (2016). Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento. *Aperturas Psicoanalíticas*, (53).
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000952>
- Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 7(1), 33-39.
http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2006/I/3-ESTILOS_Y ESTRATEGIAS_DE_AFRONTAMIENTO.pdf
- Tejón, O. y Gutiérrez, G. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de ira. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1), 101-116.
<http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/20>
- Tello, M. (2020). *Evaluación clínica de los síntomas somáticos en pacientes adultos en condición pre-operatoria* [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio institucional UNW.

http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4285/T061_43323647_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Úbeda, R., Tomás, P., Dasí, C., Ruiz, J. y Fuentes, I. (2017). Forma abreviada de la WAIS- IV: estudio piloto en pacientes con esquizofrenia. *International Journal of Psychology Therapy*, 17(1), 77-86.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049624005>

Universidad Peruana Cayetano Heredia. (s.f.). Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología de la FAPSI: Líneas de investigación. *Portal Web de la Universidad Peruana Cayetano Heredia*.
<https://fapsi.cayetano.edu.pe/facultad/coordinacion-de-investigacion-ciencias-y-tecnologia.html>

Urrea, Á. (2020). *Análisis funcional de la conducta* .
<https://www.iue.edu.co/documentos/Fondo-editorial/MD-AnalisisFuncionalConducta.pdf>

Vásquez, G. (2008). *Trastornos somatomorfos*.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiater%20C3%ADa/cap-16.htm

ANEXOS

ANEXO N° 1

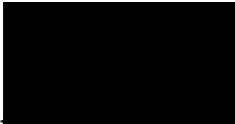
FICHA DE CONSENTIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN

FICHA DE CONSENTIMIENTO

Certifico que mi área operativa ha tomado conocimiento de la presentación de este caso de estudio como Trabajo de Suficiencia Profesional y según nuestros procedimientos internos nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, autorizando el uso de datos e información por tener fines académicos.

Certifico, además, que el profesional tiene la competencia necesaria para su empleo.

Observaciones:

Nombre del jefe del Área Operativa:	Roxana Maco Mendoza
Nombre del Área Operativa:	Psicología Hospitalaria – Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Firma y sello:  Psic. Roxana Maco Mendoza NEUROPSICOLOGA C.Ps.P. 13402 RNE: 040	Fecha: 20 de octubre de 2021

ANEXO N° 2

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON II



INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle de describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. **SI ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra "V" (verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** de letra "F" (falso). Así:

Hoja de Respuestas

"Soy un ser humano"

Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra V (verdadero)

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. "Mido más de tres metros"

Esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra F (falso)

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté completamente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (falso).
7. Si se equivoca o quiere cambia alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.

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

37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces entorpece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas" que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.

73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.

- | | |
|---|---|
| <p>107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.</p> <p>108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.</p> <p>109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.</p> <p>110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.</p> <p>111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.</p> <p>112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.</p> <p>113. Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia donde voy en la vida.</p> <p>114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.</p> <p>115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.</p> <p>116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.</p> <p>117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.</p> <p>118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.</p> <p>119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.</p> <p>120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.</p> <p>121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.</p> <p>122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.</p> <p>123. Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.</p> <p>124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.</p> <p>125. Me resulta fácil hacer nuevos amigos.</p> | <p>126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.</p> <p>127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.</p> <p>128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.</p> <p>129. No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.</p> <p>130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.</p> <p>131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.</p> <p>132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.</p> <p>133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.</p> <p>134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.</p> <p>135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.</p> <p>136. En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.</p> <p>137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.</p> <p>138. La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.</p> <p>139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.</p> <p>140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.</p> <p>141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.</p> <p>142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.</p> <p>143. No me importa que la gente no se interese por mí.</p> |
|---|---|

144. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

ANEXO N° 3

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

N° Historia

10.1 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. <i>Estado de ánimo ansioso.</i> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión.</i> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. <i>Temores.</i> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio.</i> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. <i>Intelectual (cognitivo)</i> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. <i>Estado de ánimo deprimido.</i> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

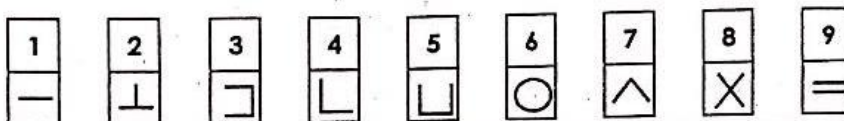
ANEXO ° 4

VERSIÓN ABREVIADA DE LA PRUEBA DE INTELIGENCIA
PARA ADULTOS DE WECHSLER. (DICS)

TEST DE W.A.I.S
DICS

NOMBRE: _____ SEXO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____
INSTRUCCIÓN: _____ FECHA: _____ HORA: _____

1. CLAVES:



EJEMPLOS:

2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5
6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5
9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3

PUNTAJE

2. INFORMACIÓN:

	PUNTOS 160		PUNTOS 160		PUNTOS 160
1. Bandera		11. Estatura		21. Congresistas	
2. Pelota		12. Italia		22. Génesis	
3. Meses		13. Ropas		23. Temperatura	
4. Termómetro		14. Jesús		24. Iliada	
5. Goma		15. La vida es sueño		25. Vasos Sanguíneos	
6. Presidentes		16. Vaticano		26. Corán	
7. Ricardo Palma		17. Tumbes		27. Fausto	
8. Semanas		18. Egipto		28. Etnología	
9. Trujillo		19. Levadura		29. Apócrifos	
10. Brasil		20. Población		PUNTAJE	

	2,100
1. Naranja - Plátano	
2. Abrigo - Vestido	
3. Hacha - Sierra	
4. Perro - León	
5. Norte - Oeste	
6. Ojo - Oído	
7. Aire - Agua	
8. Mesa - Silla	
9. Huevo - Semilla	
10. Poema - Estatua	
11. Madera - Árbol	
12. Premio - Castigo	
13. Mosca - Árbol	
PUNTAJE	

	TIEMPO	PUNTOS			
		1	2	4	6
1. 60"	1 2	0	2	4	
2. 60"	1 2	0	2		
3. 60"		0	4		
4. 60"		0	4		
5. 60"		0	4		
6. 60"		0	4		
7. 120"		0	4	31-40 5	1-30 6
8. 120"		0	4	31-40 5	1-45 6
9. 120"		0	4	61-80 5	1-60 6
10. 120"		0	4	61-80 5	1-60 6
PUNTAJE					

4. COMPRENSIÓN

	PUNTOS
	2,100
1. Ropa	
2. Locomotora	
3. Sobre	
4. Malas compañías	
5. Cine	
6. Impuestos	
7. Fierro	
8. Trabajo Infantil	
9. Bosque	
10. Sorda	
11. Terreno en la Ciudad	
12. Matrimonio	
13. Nueces	
14. Golondrinas	
PUNTAJE	

P.E.	CLAVES	INFORMACIÓN	SEMEJANZA	COMPRENSIÓN	CUBOS	P.E.
19	87-90	29	26	27-28		19
18	83-86	28	25	26		18
17	79-82	27	24	25	48	17
16	76-78	26	23	24	47	16
15	72-75	25	22	23	46	15
14	69-71	23-24	21	22	44-45	14
13	66-68	21-22	19-20	21	42-43	13
12	62-65	19-20	17-18	20	39-41	12
11	58-61	17-18	15-16	17	35-38	11
10	52-57	15-16	13-14	17-18	31-34	10
9	47-51	13-14	11-12	15-16	29-30	9
8	41-45	11-12	9-10	14	25-27	8
7	35-40	9-10	7-8	12-13	21-24	7
6	29-34	7-8	5-6	10-11	17-20	6
5	23-28	5-6	4	8-9	13-16	5
4	18-22	4	3	6-7	11-12	4
3	15-17	3	2	5	6-9	3
2	13-14	2	1	4	3-5	2
1	12	1		3	2	1
0	0-11	0	0	0-2	0-1	0

	P.D.	P.E.
INFORMACIÓN		
COMPRENSIÓN		
SEMEJANZA		
PUNTAJE VERBAL		
	P.D.	P.E.
CLAVES		
DISÑO DE CUBOS		
PUNTAJE DE EJECUCIÓN		

PUNTAJE TOTAL

C.I. TOTAL

ANEXO N° 5

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

FICHA TÉCNICA

NOMBRE: Test de la persona bajo la lluvia

AUTOR: Silvia Mabel Querol y María Inés Chávez Paz

OBJETIVO: Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales, que se activen ante una situación de presión ambiental.

CONTENIDO: Análisis de recursos expresivos (dimensiones, trazos, emplazamiento, presión, tiempo, secuencia, movimiento, sombreados) y análisis de contenido (orientación de la persona, postura, borrados en el dibujo, repaso de líneas, tachaduras, líneas incompletas, detalles, accesorios, vestimenta, paraguas como defensa, reemplazo de paraguas por otros elementos, partes del cuerpo, identidad sexual).

MATERIALES: Papel A4, lápiz y borrador.

CONSIGNA: La consigna consiste, simplemente, en solicitarle que "dibuje una persona bajo la lluvia"

ANEXO N° 6

MODELO ABC

A	B	C
SITUACIÓN	PENSAMIENTO	CONDUCTA

ANEXO N° 7

ESQUEMA DE ANAMNESIS

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE LA VIDA

REVISE PREVIAMENTE LAS PREGUNTAS. POR FAVOR LETRA LEGIBLE.

FECHA:

1. DATOS GENERALES:

- NOMBRES Y APELLIDOS:
- DIRECCIÓN:
- TELÉFONO:
- EDAD: OCUPACIÓN:
- ¿Con quién vive en este momento?

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

2. DATOS CLÍNICOS:

- a. Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus problemas principales:

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

- b. Haga una breve reseña sobre la historia y el desarrollo de sus problemas (desde su origen hasta el presente):

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

- c. Evalúe la gravedad de sus problemas: **SUBRAYE**

- Levemente perturbador
- Moderadamente grave
- Muy grave
- Sumamente grave
- Totalmente incapacitante

d. ¿A quién consultó previamente acerca de sus problemas actuales?

.....
.....

3. DATOS PERSONALES:

a. Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:

b. Condición de su mamá durante su embarazo:

.....

c. SUBRAYE O MENCIONE Situaciones que han tenido lugar durante su infancia

(Terror Nocturno) (Enuresis) (Sonambulismo) (Chuparse el dedo)

(Comerse las uñas) (Tartamudeo) (Temores) (Infancia infeliz)

(Infancia desdichada) Otros:.....

.....

d. Estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades:

.....

.....

e. Estatura: Peso:

f. ¿Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? Enumérelas y especifique a qué edad:.....

.....

g. ¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica?

.....

h. ¿Ha tenido accidentes?

.....

i. Enumere sus cinco temores principales:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

j. Subraye los síntomas aplicables a su caso:

Conmociones	Malas condiciones en el hogar
Depresión	Mareos
Desmayos	No gusta de fines de semana o vacaciones
Dificultades de concentración	No puedo entablar amistades
Dolores de cabeza	Palpitaciones
Drogas	Pánico
Excesiva ambición	Pesadillas
Falta de apetito	Problemas de memoria
Fatiga	Problemas digestivos
Ideas suicidas	Problemas estomacales
Incapaz de divertirme	Problemas financieros
Incapaz de relajarme	Problemas sexuales
Incapaz de tomar decisiones	Sentimientos de inferioridad
Ingesta de sedantes	Tensión
Insomnio	Timidez

Otros:.....

k. Subraye palabras que son aplicables a su caso (cómo se califica así mismo):

Aburrido	Culpable	Inservible	Repulsivo
Agitado	Deforme	Inteligente	Seguro
Agresivo	Deprimido	Inútil	Solo
Ansioso	Desosegado	La vida es hueca	Un don nadie
Arrepentido	Estúpido	Lleno de odio	Valioso
Atractivo	Feo	Malvado	
Cobarde	Hostil	Moralmente Incorrecto	
Comprensivo	Inadecuado	No asertivo	
Con tendencia al pánico	Incompetente	No hago nada bien	
Conflictivo	Incomprendido	No querido	
Confundido	Ingenuo	Pensamientos horribles	
Considerado	Inseguro	Poco atractivo	
Otras palabras:.....			

l. Intereses, hobbies y actividades actuales:

.....

ll. ¿En qué ocupa su tiempo libre?

.....

m. ¿Cuál es el último año que completó estudios?

.....

n. Aptitudes estudiantiles; puntos fuertes y débiles:

.....
.....

o. ¿Alguna vez se burlaron de usted o lo mangonearon?

.....

p. ¿Le resulta fácil establecer amistades? ¿Puede conservarlas?:

.....

4. DATOS LABORALES:

a. ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

.....

b. ¿Qué tipo de trabajo desempeñó en el pasado?

.....

c. ¿Está satisfecho con su trabajo actual? (en caso negativo explique por qué)

.....

.....

d. Ambiciones:

Pasadas:

.....

.....

Presentes:

.....

.....

5. INFORMACIÓN SEXUAL:

a. Actitud de sus padres con respecto al sexo:

¿Hubo instrucción sexual?:

¿Discusiones sobre el tema?:

b. ¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo?

.....

.....

c. ¿Cuándo tomó conciencia de sus propios impulsos sexuales?

.....

.....

d. ¿Alguna vez sintió angustia o sentimientos de culpabilidad por actividades sexuales o masturbación? En caso positivo, explique:

.....
.....

e. Cualquier detalle significativo sobre su primera experiencia sexual o alguna posterior:

.....
.....

f. ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual? En caso negativo, explique:

.....
.....

g. Suministre información sobre cualquier reacción heterosexual (u homosexual) significativa que haya experimentado:

.....
.....

6. MENSTRUACIÓN: LLENAR SEGÚN SEA EL CASO

a. Edad de inicio:.....

b. ¿Estaba informada o fue un shock para usted?.....

c. ¿Es regular?.....

d. Duración promedio.....

e. ¿Tiene dolores?.....

f. Fecha de último periodo.....

g. ¿Le afecta el estado de ánimo?.....

7. MATRIMONIO O CONVIVENCIA: LLENAR SEGÚN SEA EL CASO

a. ¿Hace cuánto tiempo se casó o convive con su pareja?.....

b. ¿Durante cuánto tiempo conoció a su actual pareja o cónyuge antes de casarse o convivir?.....

c. Edad de su pareja.....

d. Personalidad de su pareja.....

.....

- e. ¿En qué son compatibles?.....
- f. ¿En qué NO son compatibles?.....
- g. ¿Cómo se lleva con su familia política (incluyendo cuñadas y cuñados)?.....
- h. Si tuviera hijos, enumere edad y sexo de cada uno:.....
- i. ¿Alguno de sus hijos presenta problemas especiales?.....
- j. ¿Hay algún hecho importante que deba informar en relación con abortos espontáneos o provocados?.....
- k. Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior:.....

8. DATOS FAMILIARES:

a. Padre:

- ¿Vive? (En caso negativo qué edad tenía cuando murió y cuál fue la causa de su muerte).....
- Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora?
- Ocupación:
- Estado de salud:

b. Madre:

- ¿Vive? (En caso negativo qué edad tenía cuando murió y cuál fue la causa de su muerte).....
- Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora?
- Ocupación:
- Estado de salud:

c. Si tuviera hermanos mencione sexo y edades de cada uno:

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

Relaciones con sus hermanos (as):

PASADO:.....
.....

PRESENTE:.....
.....

- Describa la personalidad de su padre y su actitud con respecto a usted (pasado y presente):.....
.....
- Describa la personalidad de su madre y su actitud con respecto a usted (pasado y presente):.....
.....
- ¿De qué forma lo castigaban sus padres cuando era pequeño?.....
.....
- Dé una impresión sobre la atmósfera que reinaba en su hogar:.....
.....
- ¿Podría confiar en sus padres?.....
.....
- Si tuviera Madrastra o Padrastro, informe qué edad tenía cuando su madre o padre contrajo matrimonio o se unió en convivencia:.....
- Describa en pocas palabras su formación religiosa:.....
.....
- Si no fue criado por sus padres ¿Quién lo tuvo a su cargo y entre qué edades?.....
.....
- ¿Alguien (parientes, padres, amistades) interfirió alguna vez en su matrimonio, ocupación, decisión, etc.?.....
.....

- ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?.....
.....
- ¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o algún otro problema que pueda considerarse un trastorno mental? (detalle).....
.....
- ¿Hubo algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado?
.....
- Describa cualquier experiencia aterradora o angustiante que no haya mencionado aún:.....
.....
- Enumere las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.....
.....
- Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado:.....
.....
- ¿Alguna vez perdió el control de sí mismo? (agresividad, rabieta, gritos) detalle.
.....
- Auto descripción: Por favor complete los espacios en blanco
Soy:
Soy:
Soy:
Me siento:
Me siento:
Me siento:
Me siento:
Pienso:
Pienso:
Pienso:
Pienso:
Quisiera:
Quisiera:
Quisiera:

ANEXO N° 8

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Sesión	Objetivos	Técnicas aplicadas	Materiales
1: Psicoeducación del diagnóstico.	-Brindar información sobre su diagnóstico. -Concientizar al paciente para la adherencia al tratamiento.	-Psicoeducación	-Recursos humanos. - Laptop
2: Psicoeducación de la ansiedad.	-Brindar información sobre la ansiedad y las repercusiones en el área emocional, cognitiva, social y conductual.	-Psicoeducación -Material audiovisual (video de la sintomatología de la ansiedad.	-Recursos humanos. -Video educativo.
3: Relajación/respiración 4-6-7.	-Explicar el procedimiento de la técnica de relajación. -Disminuir los niveles de ansiedad presentados por el paciente.	Respiración profunda 4-6-7.	-Recursos humanos

4: Respiración/técnica del globo	-Disminuir los niveles de ansiedad presentados por el paciente. Retroalimentar sobre la técnica de respiración.	-Técnica del globo -Respiración profunda	-Recursos humanos -Globo
5: Relajación imaginaria/respiración profunda.	-Explicar el procedimiento de la técnica de respiración profunda. -Disminuir los niveles de ansiedad presentados por el paciente	-Respiración profunda -Técnica de relajación imaginaria	-Recursos humanos -Video de relajación -Música relajante
6: Adherencia al tratamiento.	-Concientización sobre la adherencia al tratamiento médico (clonazepam).	-Psicoeducación	-Recursos humanos -Video educativo
7: Psicoeducación de los estilos de afrontamiento.	Brindar información sobre los estilos de afrontamiento propuestos por Scheier, Carver y Weintraub (Centrado en el problema, centrado en la emoción, centrado en la evitación).	- Psicoeducación -Casos aplicativos	-Recursos humanos
8: Psicoeducación de los estilos de afrontamiento.	Lograr que el paciente identifique que estilo de afrontamiento está poniendo en práctica. Y análisis sobre el caso del paciente.	-Entrevista psicológica	-Recursos humanos

9: Resolución de problemas.	<p>-Entrenar en técnicas de resolución de conflictos.</p> <p>Dos momentos según D’Zurilla, Nezu y Maydeu, 1996. (Arturo & Eugeni, 2014.).</p> <p>Primer momento: Orientación o actitud frente a los problemas</p> <p>Se evaluará lo siguiente: Percepción del problema, atribución del problema, valoración del problema, control personal, compromiso de tiempo y esfuerzo.</p>	<p>-Psicoeducación</p> <p>-Entrevista psicológica</p>	-Recursos humanos
10: Resolución de problemas.	<p>-Entrenar en técnicas de resolución de conflictos.</p> <p>Dos momentos según D’Zurilla, Nezu y Maydeu, 1996. (Arturo & Eugeni, 2014.).</p> <p>Segundo momento:</p>	<p>-Psicoeducación</p> <p>-Aplicación en la vida real (comentar experiencia en la siguiente sesión).</p>	<p>-Hoja bond</p> <p>-Lapicero</p> <p>-Recursos humanos</p>

Se trabajará las habilidades para la resolución de problemas mediante cinco pasos:

- Definición y formulación del problema
- Generación de soluciones alternativas
- Toma de decisiones
- Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

11: Psicoeducación del modelo ABC.

- Brindar información sobre el modelo ABC.
- Explicar la intensidad de la emoción frente a una situación.

- Psicoeducación modelo ABC
- Ejemplos de casos

- Recursos humanos
- Hoja bond
- Lapicero

12: Debate de creencias irracionales.

- Proponer soluciones alternas para disminución de la intensidad presentada.

- Restructuración cognitiva.
- Refutación de creencias
- Consignas racionales

- Recursos humanos
-

13: Entrenamiento en la técnica “Alto al pensamiento” - Entrenar en la técnica alto al pensamiento. -Psicoeducación -Recursos humanos
-Aplicación en la vida real -Liga elástica

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO PARA EL ALTA

Sesión	Objetivos	Técnicas aplicadas	Materiales
Sesión 1: Evaluación de la ansiedad y retroalimentación de las técnicas sobre el manejo de la ansiedad.	-Medir los niveles de ansiedad. - Aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton. -Reforzar técnicas enseñadas en la etapa de intervención.	-Escala de ansiedad de Hamilton -Entrevista y observación -Psicoeducación -Reforzamiento de técnicas para disminuir la ansiedad.	-Recursos humanos -Escala de ansiedad de Hamilton
Sesión 2: Análisis sobre el manejo adecuado de los conflictos.	-Evaluar si las técnicas de resolución de conflictos han funcionado.	-Entrevista -Reforzar técnicas de resolución de conflictos.	-Recursos humanos
Sesión 3: Técnicas para el manejo emocional y como le resultó. Cierre final de las sesiones psicológicas.	-Analizar si la manera de afrontar a los problemas de la vida real fue la adecuada y como sería lo adecuado.	-Entrevista -Análisis de casos -Psicoeducación	-Recursos humanos