

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“INCIDENCIA DE LAS SECUELAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LOS  
PACIENTES CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO  
DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN LA ANSIEDAD DEL  
FAMILIAR CUIDADOR”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

**Autor:** Ortiz Barba, Angel Fabricio

**Tutor:** Lic. Álvarez Zayas, Rafael Emilio

Ambato – Ecuador

Febrero, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

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

**“INCIDENCIA DE LAS SECUELAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN LA ANSIEDAD DEL FAMILIAR CUIDADOR”** de Ortiz Barba Angel Fabricio, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre 2014

EL TUTOR

.....

Lic. Álvarez Zayas, Rafael Emilio

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**INCIDENCIA DE LAS SECUELAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN LA ANSIEDAD DEL FAMILIAR CUIDADOR**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Octubre 2014

EL AUTOR

.....

Ortiz Barba, Angel Fabricio

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

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

Ambato, Octubre 2014

**EL AUTOR**

.....

Ortiz Barba, Angel Fabricio

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema: **“INCIDENCIA DE LAS SECUELAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN LA ANSIEDAD DEL FAMILIAR CUIDADOR”** de Ortiz Barba Angel Fabricio, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Febrero 2015

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

A mis padres por su amor, apoyo y enseñanza que me han impartido a lo largo de mis años, a mi amada esposa por ser incondicional y acompañarme a cada momento y finalmente a mi hija Zoe Valentina que es la persona por la que me esfuerzo cada día.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por bendecirme y guiarme en cada momento de mi vida.

A mis padres por brindarme su apoyo y amor incondicional que me han brindado en toda mi vida.

A mi Tutor Lic. Rafel Emilio Álvarez Zayas por ser paciente y brindarme su conocimiento.

A mi padre Dr. Ángel Ortiz Del Pino, que a más de ser mi padre ha sido mi maestro de vida y como tal me ha ayudado a la realización de este proyecto.

A mi madre Patricia Barba por ser mi guía y mi sustento cada día.

A mi esposa Paola Regalado por su amor y apoyo incondicional.

AL Dr. Galo Vinuesa director del Hospital Provincial Docente Ambato por la apertura que me brindó para poder realizar esta investigación.

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

### PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xiv
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT .....	xviii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1    TEMA: .....	2
1.2    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	2
1.2.1    CONTEXTUALIZACIÓN .....	2
1.2.2    ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROBLEMA .....	6
1.2.3    PROGNÓISIS .....	7
1.2.4    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	8
1.2.5    PREGUNTAS DIRECTRICES .....	8
1.2.6    DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	8
1.3    JUSTIFICACIÓN .....	8
1.4    OBJETIVOS .....	9



1.4.1 Objetivo General.....	9
1.4.2 Objetivos Específicos.....	9
CAPÍTULO II.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	10
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICO .....	12
2.3 FUNDAMENTO LEGAL .....	12
2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA .....	15
2.5 CATEGORÍAS CONCEPTUALES.....	16
2.5.1. Superordinario Conceptual .....	17
2.5.2 Trastornos Neurológicos .....	18
2.5.3 Traumatismo Craneoencefálico .....	21
2.5.4 Secuelas Neuropsicológicas del Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado .....	22
2.5.5 Dinámica Familiar.....	25
2.5.6 Alteraciones psicológicas en la familia .....	26
2.5.7 Ansiedad en el familiar cuidador .....	26
2.6 HIPÓTESIS.....	27
2.7 VARIABLES .....	27
CAPÍTULO III .....	28
MARCO METODOLÓGICO .....	28
3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN .....	28
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	28
3.3 NIVELES O TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.3.1 Descriptivo.....	29
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30

3.4.1 Población .....	30
3.4.2. Muestra.....	30
3.4.3 Criterios de Inclusión .....	30
3.4.4 Criterios de Exclusión.....	30
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	31
3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	34
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	34
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	34
CAPÍTULO IV .....	35
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	35
4.1. Análisis e Interpretación De La Variable Dependiente .....	35
4.2. Análisis e Interpretación De La Variable Independiente.....	63
4.5 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	69
CAPÍTULO V .....	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	73
5.1 CONCLUSIONES.....	73
5.2 RECOMENDACIONES.....	73
CAPÍTULO VI .....	74
PROPUESTA .....	74
6.1 DATOS INFORMATIVOS .....	74
6.1.1 Título .....	74
6.1.2 Institución Ejecutora .....	74
6.1.3 Beneficiarios .....	74
6.1.4 Ubicación.....	74
6.1.5 Tiempo estimado para la Ejecución .....	74
6.1.6 Equipo Técnico Responsable:.....	74

6.1.7 Costo: .....	75
6.2 ANTECEDENTE DE LA PROPUESTA .....	75
6.3 OBJETIVOS .....	75
6.3.1 Objetivo General.....	75
6.3.2 Objetivos Específicos.....	75
6.4 JUSTIFICACIÓN.....	75
6.5 FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA.....	76
6.5.1 Técnica Cognitiva Conductual.....	76
6.5.2 Técnicas conductuales.....	77
6.7 METODOLOGÍA- MODELO OPERATIVO.....	79
6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA .....	80
6. 9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
BIBLIOGRAFÍA.....	82
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA .....	85
ANEXO 1 .....	86
ANEXO 2 .....	88

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Árbol de Problemas .....	6
Gráfico 2: Superordinario Conceptual .....	17
Gráfico 3: Humor Ansioso: inquietud, espera lo peor, apresión (anticipación temerosa), irritabilidad. ....	36
Gráfico 4: Tensión: sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar. ....	38
Gráfico 5: Miedos: a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc. ....	40
Gráfico 6: Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos. ....	42
Gráfico 7: Funciones intelectuales: dificultad de concentración, mala memoria.....	44
Gráfico 8: Humor deprimido: falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día. .	46
Gráfico 9: Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.....	48
Gráfico 10: Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos). ....	50
Gráfico 11: Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias. ....	52
Gráfico 12: Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria) .....	54
Gráfico 13: Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación o estreñimiento. ....	56

Gráfico 14: Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual. ....	58
Gráfico 15: Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).....	60
Gráfico 16: Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics. ....	62
Gráfico 17: Secuelas en Lenguaje .....	63
Gráfico 18: Secuelas en Atención.....	64
Gráfico 19: Secuelas en Memoria.....	65
Gráfico 20: Total ansiedad en el familiar cuidador .....	66
Gráfico 21: Gráfico total secuelas neuropsicológicas.....	68
Gráfico 22: Campana de Gaus.....	72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las Variable Dependiente .....	31
Tabla 2: Operacionalización de las Variable Independiente .....	33
Tabla 3: Humor Ansioso: inquietud, espera lo peor, apresión (anticipación temerosa), irritabilidad. ....	35
Tabla 4: Tensión: sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar. ....	37
Tabla 5: Miedos: a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc. ....	39
Tabla 6: Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos. ....	41
Tabla 7: Funciones intelectuales: dificultad de concentración, mala memoria.....	43
Tabla 8: Humor deprimido: falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día. .	45
Tabla 9: Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.....	47
Tabla 10: Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos). ....	49
Tabla 11: Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias. ....	51
Tabla 12: Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria) .....	53
Tabla 13: Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, nauseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación o estreñimiento. ....	55

Tabla 14: Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual. ....	57
Tabla 15: Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina). ....	59
Tabla 16: Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics. ....	61
Tabla 17: Secuelas de Lenguaje .....	63
Tabla 18: Secuelas en Atención.....	64
Tabla 19: Secuelas en Memoria.....	65
Tabla 20: Tabla total ansiedad del familiar cuidador .....	66
Tabla 21: Tabla total secuelas neuropsicológicas.....	67
Tabla 22: Frecuencia Observada .....	71

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

**“INCIDENCIA DE LAS SECUELAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN LA ANSIEDAD DEL FAMILIAR CUIDADOR.”**

**Autor:** Ortiz Barba, Angel Fabricio

**Tutor:** Lic. Álvarez Zayas, Rafael Emilio

**Fecha:** Octubre 2014

**RESUMEN**

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Provincial Docente Ambato. En el recinto existe una población de 20 pacientes con Traumatismos Craneoencefálico Moderados en el marco de tiempo desde Junio hasta Septiembre. El trabajo se realizó con el objetivo de determinar cómo influyen las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE moderado en la ansiedad del familiar cuidador. La misma se realizó desde una metodología cuanti-cualitativo, aplicando la investigación de campo y bibliográfico con un nivel de asociación de variables. Se obtuvieron los datos mediante la aplicación del test “Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton y el test neuropsicológico de “Luria”. Los mismos fueron procesados estadísticamente con correlación entre las variables. Como resultados importantes se obtuvo que los pacientes con secuelas neuropsicológicas de TCE no necesariamente tengan influencia en la aparición de la ansiedad en los familiares cuidadores. La aparición de la ansiedad en los familiares cuidadores, generalmente de leve y moderada, está sujeta a otros factores de la vida cotidiana; aunque no quiere decir que no se encuentren asociadas entre ambas variables de manera indirecta, de



forma lineal se aprueba la hipótesis nula. Finalmente se presenta una propuesta con el fin de proponer un plan psicoterapéutico dirigido a los familiares cuidadores para mejorar su estado de ansiedad.

**PALABRAS CLAVES:** SECUELAS\_NEUROPSICOLÓGICAS, TRAUMATISMO\_CRANEOENCEFÁLICO, ANSIEDAD\_FAMILIAR, FAMILIAR\_CUIDADOR, DETERIORO\_COGNITIVO, DESARROLLO\_INTERPERSONAL, ACCIDENTES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**"NEUROPSYCHOLOGICAL SEQUELAE INCIDENCE OF PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY AMBATO TEACHING HOSPITAL IN PROVINCIAL ANXIETY OF FAMILY CAREGIVER."**

**Author:** Ortiz Barba, Angel Fabricio

**Tutor:** Mr. Álvarez Zayas, Rafael Emilio

**Date:** October 2014

**ABSTRACT**

This research was developed in the Provincial Teaching Hospital Ambato. In the complex there is a population of 20 patients with Traumatic Brain Injuries Moderates in the time frame from June through September. The work was conducted to determine how they influence the neuropsychological sequelae of TBI patients moderate anxiety of family caregivers. It was made from a quantitative and qualitative methodology applied field research and literature with a level of association of variables. Data were obtained by applying the test "Rating Scale Hamilton Anxiety Max and neuropsychological test" Luria ". They were processed statistically correlation between variables. As important results were obtained that patients with neuropsychological sequelae of TBI not necessarily have an influence on the onset of anxiety in family caregivers. The emergence of anxiety in family caregivers, generally mild to moderate, is subject to other factors of everyday life; though not to say that there are between the two variables associated indirectly linearly the null hypothesis is approved. Finally a proposal to

propose a plan aimed psychotherapeutic family caregivers to improve their state of anxiety is presented.

**KEYWORDS:** SECUELAS\_NEUROPSICOLÓGICAS,  
TRAUMATISMO\_CRANEOENCEFÁLICO, ANSIEDAD\_FAMILIAR,  
FAMILIAR\_CUIDADOR, DETERIORO\_COGNITIVO, DESARROLLO\_  
INTERPERSONAL, ACCIDENTS.

## INTRODUCCIÓN

El Traumatismo Cráneo Encefálico es un proceso patológico causado por una fuerza externa traumática que va a tener repercusión a nivel física en el encéfalo. Según la escala de Glasgow a los TCE se los clasifica en leve 14-15, moderado que está dentro de la valoración numérica de 9-13 que comprende alteración de funciones cognitivas y motoras y grave con valoración de 3-8 mostrándose en estado comatoso, lo que hace que aparezcan secuelas neuropsicológicas donde se ve afectado las funciones cognitivas de cada individuo. Las secuelas neuropsicológicas son las afectaciones que son causadas por trastornos neurológicos en las cuales tenemos los traumatismos cráneo encefálicos, las demencias; estas a su vez hace que los pacientes presenten secuelas donde existe daños en las funciones cognitivas como lo es la memoria, la atención, el lenguaje, la orientación, lo que hace que se pierda ciertas habilidades y destrezas en el desenvolvimiento diario de los pacientes.

Los cuadros ansiosos del familiar cuidador se manifiestan por signos y síntomas de ansiedad, donde se denota principalmente nerviosismo, impotencia, angustia, intranquilidad e inquietud que se exhiben de acuerdo a la enfermedad que presente cada paciente lo que hace que en la ansiedad se observen en jerarquías indicando si es leve, grave, moderado y severo y que afecta de acuerdo a la realidad de cada familiar cuidador con su paciente hospitalizado, de esta manera se estudia la incidencia de las secuelas neuropsicológicas que presentan los pacientes con traumatismo cráneo encefálico moderado en la ansiedad del familiar cuidador ya que es un constructo que implica el funcionamiento psíquico y físico.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 TEMA:

Incidencia de las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico Moderado del Hospital Provincial Docente Ambato en la ansiedad del familiar cuidador.

### 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cómo incide las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con Traumatismo Cráneo Encefálico moderado del Hospital Provincial Docente Ambato en la ansiedad del familiar cuidador?

#### 1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 menciona que:

*“Los trastornos neurológicos (desde la epilepsia y la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebro vasculares hasta el dolor de cabeza) afectan en todo el mundo a unos mil millones de personas. Entre los trastornos neurológicos figuran también los traumatismos craneoencefálicos, las infecciones neurológicas, la esclerosis múltiple, y la enfermedad de Parkinson”*

En todo el mundo se encuentran afectadas unos mil millones de personas con problemas neurológicos, 50 millones sufren epilepsia, y 24 millones padecen Alzheimer y patologías diferentes; estas son afectaciones que se dan sin importar el sexo, la religión, nivel de educación.

Teasell, St Josephs Health Care, Murie,(2001), manifiestan que:

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) es definido como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del

contenido craneal, lo cual condiciona alguna de las manifestaciones clínicas siguientes:

La confusión o desorientación

La pérdida de conciencia

La amnesia postraumática

Otras anomalías neurológicas como los signos neurológicos focales, la convulsión y/o lesión intracraneal.

A los TCE los podemos clasificar en leve, moderado o grave en base al grado de conciencia o la escala de coma de Glasgow (ECG). El TCE leve presenta (ECG 13-15), los pacientes presentan pérdida de la conciencia menor a treinta minutos. El TCE moderado presenta (ECG 9-13) el paciente se encuentra letárgico o estuporoso, uno de los síntomas principales son fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la concentración. El TCE grave (ECG 3-8) el paciente está en coma, sufre secuelas neurológicas graves.

La incidencia de traumatismos craneoencefálicos (TCE) en Europa es alrededor de 150 – 250 casos por cada 100.000 habitantes, abarcando un orden de 80. 000 – 100.000, lo que es una cifra elevada.

Según Machuca, Madrazo, Rodriguez y Dominguez (2002), en España se manifiesta que la incidencia de los Traumatismos Craneoencefálicos es equivalente o igual a la de los países de su entorno social, político y religioso situándose entre los 150 – 250 casos por cada 100.000 habitantes. Según Kerkhoff (2000), manifiesta que “de todos estos casos, unos 2.000 serán considerados como moderado- grave (En la escala de Glasgow >8) mostrando así en los pacientes secuelas neuropsicológicas que afectan al paciente en su vida diaria.”

Según Arias (2002), la evaluación neuropsicológica de las personas con TCE se la debe realizar al paciente traumatizado hospitalizado; se considera que la evaluación neuropsicológica es indispensable en los pacientes con TCE ya que así

se puede medir el nivel de afectación de las funciones cognitivas para evitar problemas posteriores en el progreso personal y social del afectado.

Los familiares de una persona afectada por Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE) producen huellas que marcan en su vida a nivel personal tras el accidente y, muchas veces, experimentan sentimientos de estrés, ansiedad, teniendo que confrontar el golpe inicial, los cambios físicos, neuropsicológicos y emocionales que se producen en estos pacientes logrando afectar su autoestima y generar niveles de ansiedad tanto a ellos como a sus familiares denotando un problema en conjunto (Bohórquez de Figueroa, 2012).

Según Paz (2010), manifiesta que

En España se reporta que el sistema de salud sólo brinda un 12% del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el 88% de tiempo restante se incluye en el trabajo doméstico. Un estudio en enfermedades neurodegenerativas reporta que en un 31% de hogares se cuenta con ayuda familiar, 86% presta cuidado desde hace 8 años, y más de la mitad lo realiza una mujer (87%), que además dedica en promedio 20 horas al cuidado. Lo cual implica que ser cuidador se percibe como una actividad que exige dedicación plena y “jornada completa” de trabajo. En enfermedades neurológicas los cuidadores reportan altos niveles de depresión (48%) y ansiedad (38%), siendo en su mayoría mujeres con edad de 47 años y un promedio de 11 meses de cuidar.

Según Flórez, Adeva y García (citado en Hernández, 2006), definen como cuidador a la persona que cuida a otro individuo que muestra alguna discapacidad o incapacidad que le permita desenvolverse con normalidad en sus deseos personales.

Martinez, Robles, Ramos, Santiesteban, Gracia, Morales y Garcia (2008), manifiestan que existen dos tipos de cuidadores: Los cuidadores primarios formales, los cuales son parte del equipo de salud y están calificados para ayuda profesional, y los cuidadores informales los cuales no son profesionales, pero a su vez son los que brindan apoyo al paciente hospitalizado.

En el Ecuador en el 2008 según la tasa de mortalidad general (CIE-10) los accidentes de transporte terrestre son la sexta causa de mortalidad presentándose en 19 de cada 10.000 habitantes, siendo principalmente con mayor relevancia en hombres que en mujeres con una relación 4:1. La morbilidad general por egreso hospitalario el traumatismo intracraneal se encuentra en octavo lugar con una tasa de 7, 8 por cada 10.000 habitantes.

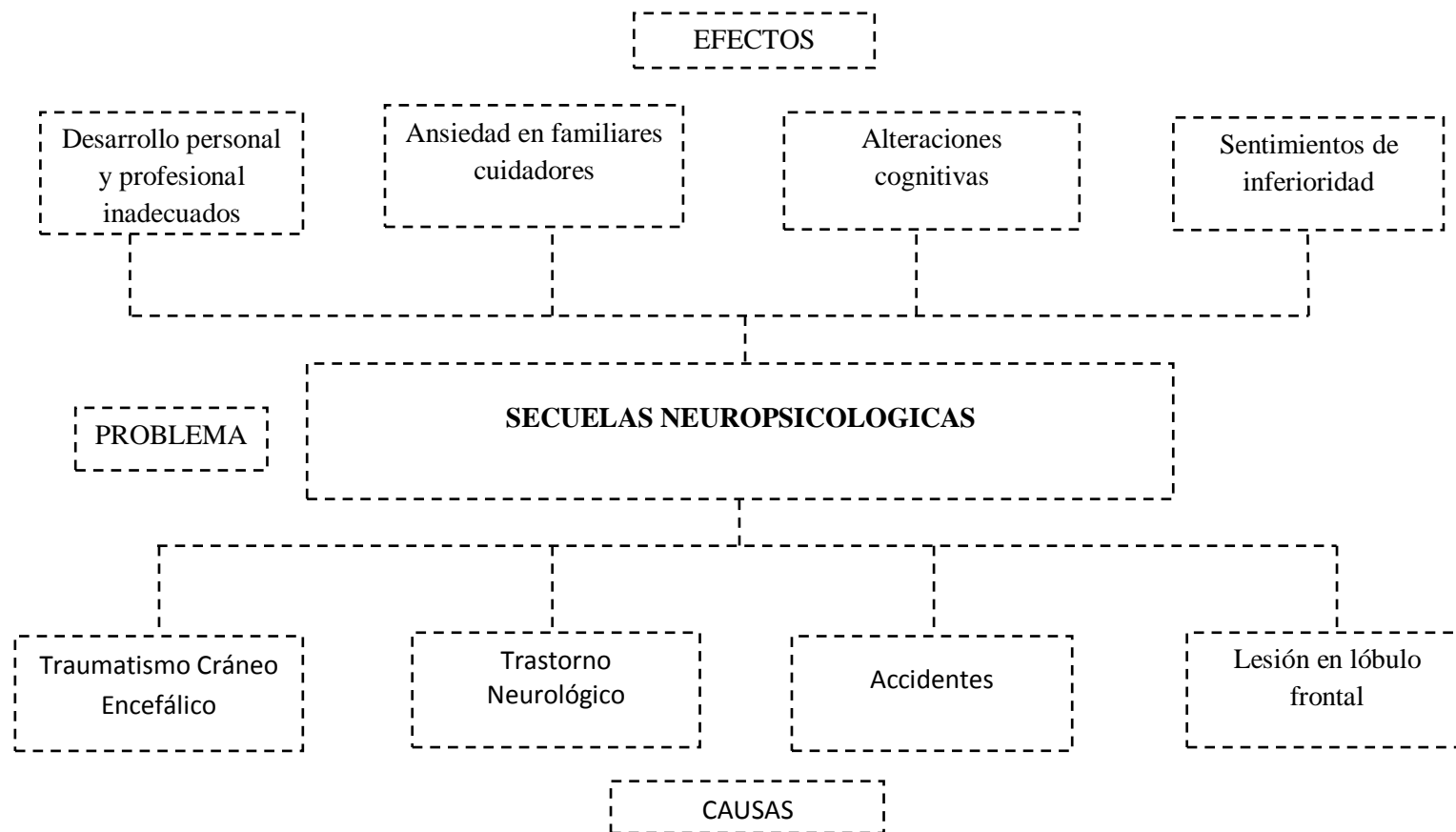
En Ambato en el HPDA el TCE es la décima causa de atención por emergencia y la sexta causa de egreso hospitalario en el servicio de cirugía en 2013.



## 1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROBLEMA

### 1.2.2.1 Árbol del Problema

Gráfico 1 Árbol de Problemas



### **1.2.2.2 Análisis Crítico del Problema**

Tanto el paciente con TCE Moderado como su familiar cuidador necesitan de ayuda neuropsicológica y psicológica respectivamente. Hablando de los pacientes con TCE Moderado notamos que existen secuelas neuropsicológicas en las cuales no tienen un tratamiento neuropsicológico adecuado por lo que a la larga tendrán problemas personales, académicos hasta incluso laborales donde hace que se inmiscuya al familiar cuidador donde observamos que existe cierto nivel de ansiedad por lo cual este tipo de personas requieren de ayuda psicológica debido a que el familiar cuidador desencadena mucha inestabilidad emocional como lo es la depresión, la irritabilidad, la culpabilidad, se responsabiliza de la vida del enfermo: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc. Va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más. Se desatiende a sí misma, no toma el tiempo libre necesario para sus cosas personales, abandona sus gustos, deja a un lado sus amigos, el resto de familia, se estresa por las demandas económicas que surgen del cuidado ofrecido y acaba paralizando durante largos años, su proyecto vital.

### **1.2.3 PROGNÓISIS**

En el Hospital provincial Docente Ambato se acoge a pacientes con TCE los cuales presentan secuelas neuropsicológicas los cuales muchos de estos pacientes no reciben una adecuada rehabilitación, siendo así afectados tanto ellos como sus familiares, especialmente el familiar cuidador que va a presentar ciertos problemas psicológicos los cuales no son tratados adecuadamente e incluso pueden perder el autocontrol. Para ello es fundamental realizar esta investigación lo cual va a ser muy útil porque vamos a verificar la afectación neuropsicológica que presentan los pacientes con TCE moderado y sobre todo a tratar de que el familiar cuidador maneje la ansiedad, mejorando la comunicación entre la familia, el deterioro de las relaciones interpersonales y a su vez evitando cambios físicos y psicológicos respectivamente.

#### **1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo incide las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con Traumatismo Cráneo Encefálico moderado del Hospital Provincial Docente Ambato en la ansiedad del familiar cuidador?

#### **1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES**

1 ¿Qué secuelas neuropsicológicamente presentan en los pacientes con TCE moderado?

2 ¿Cuáles son los niveles de ansiedad que presenta el familiar cuidador?

3 ¿Cómo establecer un plan psicoterapéutico dirigido a los familiares cuidadores para mejorar su estado de ansiedad?

#### **1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

- Tiempo: Junio 2014- Septiembre 2014
- Espacio: Hospital Provincial Docente Ambato
- Campo: Psicología Clínica
- Área: Neurología
- Aspecto: Evaluación Neuropsicológica y Psicológica
- Unidades de observación : Pacientes con TCE moderado y Familiares cuidadores

#### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La investigación a realizarse es importante debido a que existe un sin número de familiares cuidadores en todo el HPDA que de alguna u otra manera están preocupados por la salud de sus allegados, los cuales la gran mayoría de ellos se sienten intranquilos e incluso enfermos, por lo que es indispensable que estas personas tengan también un cuidado, al igual que el paciente con TCE moderado que esté hospitalizado, lo cual es indispensable establecer una propuesta terapéutica para fomentar herramientas que mejoren la calidad de vida de ambos.

Mediante esta investigación se estudiara los niveles de ansiedad de los familiares cuidadores y las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE moderado razón por la cual es necesario determinar los factores psicológicos que puedan producir los mismos.

Este estudio tiene como beneficiarios inmediatos a los familiares cuidadores y a las personas que presentan Traumatismo Craneoencefálico moderado.

Además el proyecto es viable ya que contamos con la colaboración del Hospital Provincial Docente Ambato, de la Universidad Técnica de Ambato y sus autoridades quienes brindaran el apoyo permanente en su ejecución.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la incidencia de las secuelas neuropsicológicas que presentan los pacientes con TCE moderados del Hospital Provincial Docente Ambato en la ansiedad del familiar cuidador.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Describir las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE Moderado del Hospital Provincial Docente Ambato.
- Diagnosticar el nivel de ansiedad del familiar cuidador.
- Proponer un plan psicoterapéutico dirigido a los familiares cuidadores para mejorar sus niveles de ansiedad.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Este trabajo no ha sido desarrollado con anterioridad, sin embargo existe algunos puntos de vista acerca de las secuelas neuropsicológicas en los pacientes con TCE moderado, y, la ansiedad en el familiar cuidador pero con otra patología.

Hamm RJ, Dixon CE, Gbadebo DM, Singha AK, Jenkins LW, Lyeth BG (1992), mencionan en su investigación que:

*“Aplicaron el modelo de TCE experimental en ratas para indagar los efectos sobre el aprendizaje, donde observaron que las ratas tenían problemas de aprendizaje. Luego, el mismo grupo demostró la pérdida de memoria en ratas, añadiendo al test de Morris dos tareas de aprendizaje que no dependen de la integridad del hipocampo: evitación pasiva y una versión del laberinto de Morris. Ciertamente, demostraron que sólo se afectaba el aprendizaje espacial del laberinto clásico.”*

En esta investigación notamos que luego de sufrir un TCE se observa secuelas en las que se ven afectados principalmente lóbulos frontales interviniendo en memoria y en el aprendizaje.

Tabaddor K, Mattis S, Zazula T (1984), mencionan que: “Después de un traumatismo grave o moderado todos los pacientes presentan alteraciones cognitivas en la memoria presentando amnesia, y el lenguaje con déficits por ejemplo afasias”.

En un estudio de los TCE las quejas más marcadas por los pacientes eran la pérdida de memoria, irritabilidad, lentitud, falta de concentración y fatiga. Después de haber ocurrido un TCE, la ansiedad y la depresión son los trastornos emocionales más comunes, mientras que son poco habituales los trastornos psiquiátricos (González, Pueyo, & Serra, 2004).

Clemente, Risso, Heleno, & Gandoy (2012), en su apartado mencionan que más del 50% de los familiares cuidadores muestran altos niveles de depresión y ansiedad, las cuales cambian de acuerdo a la patología que presente el paciente, García, Lara, & Berthier, (2011).

Los familiares cuidadores están destinados a llevar una sobrecarga donde principalmente se puntúa depresión y ansiedad que varía de acuerdo a la enfermedad que presente el paciente.

Según Torrealba & Yépez, (2011, en la UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL LISANDRO ALVARADO (Venezuela) en su investigación Estrategias de Afrontamiento y sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con insuficiencia renal crónica concluyen que:

“Se encuentran correlaciones positivas entre sobrecarga-depresión; sobrecarga-ansiedad; y depresión-ansiedad por lo tanto los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, sobre todo si cuidan pacientes terminales. El tipo de paciente influye en la sintomatología depresiva.” Ramirez del Castillo, Morales, Vásquez, & Sanchez, (2008)

En un estudio con 155 cuidadores, se eliminó a 10 por no presentar completas las encuestas, quedando 145 familiares cuidadores, el 67,7% era cuidadores de pacientes que tenían enfermedad neurodegenerativa, el 32,3% era cuidadores de pacientes con enfermedad neurológica. “En el 97% de la muestra los cuidados de salud son prestados por una mujer (82%), ama de casa (60%), familiar cercano al afectado (78%) y en más de la mitad de los casos (52%) es el cuidador primario” (Paz, 2010).

El estudio realizado a adultos mayores discapacitados concluyen que:

*“Es importante orientar a la familia de los adultos mayores discapacitados en la asignación de tareas, y enfatizar en el acceso de actividades lúdicas que sirvan para disipar las posibles cargas que se originan en el trabajo de cuidador, si se tiene en cuenta la alta proporción de ausencia de actividades recreativas en los cuidadores del adulto mayor (63.7%). De igual manera es importante la intervención del equipo de salud en el descubrimiento temprano y el manejo precoz de los cuidadores cuya sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo personal.”*

(Dueñas, Eliana; Martínez, María; Morales, Benjamin; Muñoz, Claudia; Viáfra, Ana Sofía; Herrera, Julián, 2006)

Es importante denotar que el estar a cargo de un familiar hospitalizado desencadena factores relevantes, que afectan el desarrollo personal y social del familiar cuidador.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICO**

Tiene un fundamento epistemológico debido a que los objetivos primordiales del presente proyecto son analizar el nivel de ansiedad que presentan los familiares cuidadores de los pacientes que tienen Traumatismo Craneoencefálico Moderado y sus secuelas neuropsicológicas respectivamente del Hospital Provincial Docente Ambato. Es decir los estudios epistemológicos comprenden desde un análisis de las causas de la problemática o de los factores que propician la salud, prevención y atención de los mismos para su modificación o erradicación por medio de la intervención psicológica.

## **2.3 FUNDAMENTO LEGAL**

Dentro del ámbito de salud el gobierno se encarga y responsabiliza por cumplir a cabalidad los siguientes artículos en bienestar de todos y cada uno de los artículos establecidos.

Según la constitución en Ecuador aprobada en Septiembre del 2008 y con el Registro Oficial 449 del 20 de Octubre del 2008 se expresa lo siguiente:

**Art. 32.** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

**Art. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las



medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

**Art. 364.-** Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos.

**Art. 365.-** Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

**Art. 366.-** El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos.

## **2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA**

Según García, Pérez, Puente, & Vilar (2009), la Neuropsicología es una disciplina clínica que tiene como objetivos la evaluación y rehabilitación de las secuelas neuropsicológicas subsiguientes al daño cerebral. Dentro de las secuelas neuropsicológicas tenemos las diferentes áreas que esencialmente estudia esta disciplina como lo es el área Visoespacial, área de lenguaje, memoria, atención y área intelectual.

La ansiedad es un estado emocional desagradable que tiene una causa menos clara y a menudo se acompaña de cambios fisiológicos y del comportamiento similar a los causados por el miedo, el cual se refleja en los familiares cuidadores, a dicha ansiedad la podemos clasificar en ansiedad leve, ansiedad moderada, ansiedad grave y ansiedad severa

## **2.5 CATEGORÍAS CONCEPTUALES**

A continuación se presenta un marco referencial conceptual de las variables motivo de estudio, para posteriormente confrontarlas, a fin de construir un modelo de planificación efectiva.

### 2.5.1. Superordinario Conceptual

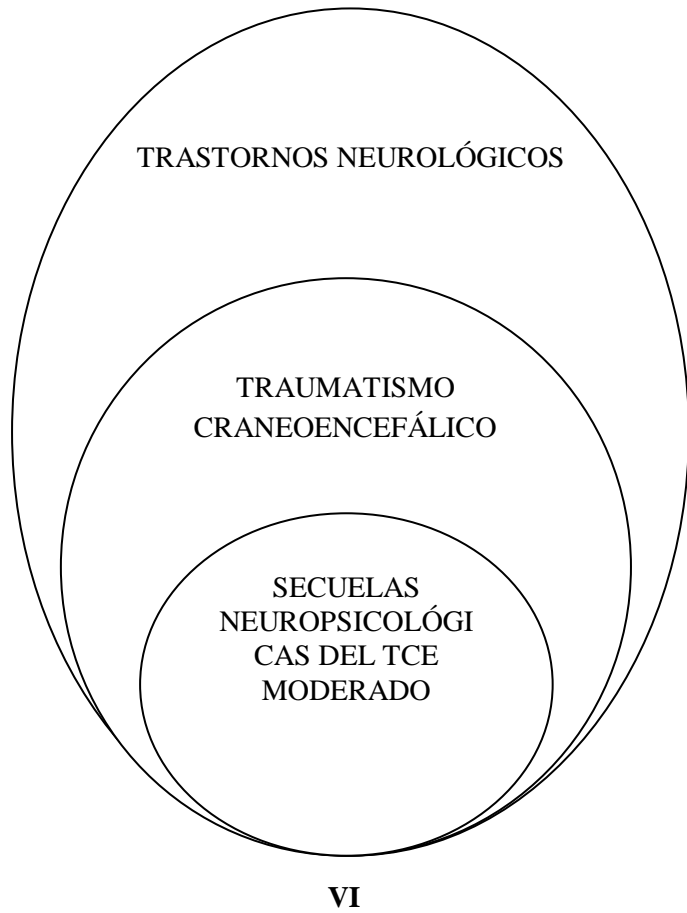


Gráfico 2: Superordinario Conceptual

## **2.5.2 Trastornos Neurológicos**

McGraw-Hill (2002) describe a los trastornos neurológicos en lo siguiente:

Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos. Entre esos trastornos se cuentan la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares tales como los accidentes cerebrovasculares, la migraña y otras cefalalgias, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, las infecciones neurológicas, los tumores cerebrales, las afecciones traumáticas del sistema nervioso tales como los traumatismos craneoencefálicos, y los trastornos neurológicos causado por la desnutrición (OMS, 2014).

### **2.5.2.1 Demencia**

La demencia es un síndrome causado por enfermedad del cerebro, usualmente de naturaleza crónica o progresiva, en el cual existe perturbación de las funciones corticales superiores, incluyendo memoria, razonamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. No hay obnubilación de conciencia. La demencia afecta principalmente a las personas mayores: solo 2% de los casos se inician antes de los 65 años de edad. A partir de entonces, la prevalencia se duplica cada cinco años. La demencia es una de las principales causas de discapacidad en edades avanzadas (OMS, 2006).

### **2.5.2.2 Epilepsia**

La epilepsia ha sido definida como “un trastorno del cerebro caracterizado por una predisposición persistente a generar crisis convulsivas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición. La definición de epilepsia requiere la ocurrencia de por lo menos un ataque. Una crisis o ataque epiléptico se define como “una ocurrencia transitoria de señales y/o síntomas debidos a una actividad neuronal anormal excesiva o sincrónica en el cerebro (OMS, 2006).

### **2.5.2.3 Cefaleas**

El dolor de cabeza es un síntoma que forma parte de un grupo relativamente reducido de cefaleas primarias, algunas de las cuales son condiciones

generalizadas que con frecuencia duran toda la vida. El dolor de cabeza también ocurre como síntoma característico de muchas otras condiciones, en cuyo caso se le denomina cefalea secundaria. Colectivamente, las cefaleas se encuentran entre los trastornos más comunes del sistema nervioso y son causa de discapacidad significativa en todas las poblaciones del mundo (OMS, 2006).

#### **2.5.2.4 Esclerosis múltiple**

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad caracterizada por la desmielinización inflamatoria del sistema nervioso central (SNC), considerada generalmente de naturaleza autoinmune. En las personas con EM, no se conoce el factor desencadenante inmune, pero las áreas afectadas son regiones mielinizadas del SNC. En las regiones inflamadas ocurre una ruptura de la barrera hematoencefálica seguida de la destrucción de la mielina con daño axonal, gliosis y la formación de placas escleróticas. Las placas pueden formarse en cualquier lugar de la sustancia blanca del SNC y también en la sustancia gris; por lo tanto, las formas clínicas pueden ser diversas. La continua formación de lesiones en la esclerosis múltiple a menudo conduce a la discapacidad física y muchas veces a un deterioro cognitivo. (OMS, 2006).

#### **2.5.2.5 Infecciones neurológicas**

Las enfermedades infecciosas que afectan al sistema nervioso afligen a millones de personas alrededor del mundo. Constituyen la sexta causa de las consultas de neurología en los servicios de atención primaria y su presencia, las infecciones neurológicas más frecuentes y que tienen un mayor impacto en los sistemas de salud son: Enfermedades virales: VIH/SIDA, encefalitis viral, poliomiелitis y rabia; enfermedades micobacterianas y otras enfermedades bacterianas: tuberculosis, neuropatía leprosa, meningitis bacteriana y tétano; enfermedades parasitarias: neurocisticercosis, malaria cerebral, toxoplasmosis, tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas), tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño), esquistosomiasis e hidatidosis (OMS, 2006).

#### **2.5.2.6 Trastornos neurológicos asociados con malnutrición**

La cantidad insuficiente de alimentos que causa condiciones, como la malnutrición infantil y el retraso en el crecimiento, y su diversidad inadecuada (que origina deficiencia de micronutrientes vitales, como vitaminas y

oligoelementos). La malnutrición afecta directa o indirectamente a diferentes sistemas del organismo humano, incluso al sistema nervioso central (SNC). En el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (CGE) se incluyen varias condiciones nutricionales, tales como malnutrición proteino-calórica, deficiencia de yodo, deficiencia de vitamina A y anemia por deficiencia de hierro. Se estima que más del 15% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos globalmente son causados por malnutrición (OMS, 2006).

#### **2.5.2.7 Dolor asociado con trastornos neurológicos**

El dolor puede ser una consecuencia directa o indirecta de un trastorno neurológico, cuyas dimensiones físicas y psicológicas son esenciales para su diagnóstico y el tratamiento efectivo. La definición actual de dolor y también la más ampliamente usada, fue publicada en 1979 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (AIED), la cual establece que el dolor es “una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada con una lesión tisular, actual o potencial, o que está descrita en términos de dicha lesión” (OMS, 2006).

#### **2.5.2.8 Enfermedad de Parkinson**

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico de inicio insidioso, caracterizado por la presencia de sintomatología predominantemente motora (bradiquinesia, temblor de reposo, rigidez y problemas posturales). También está asociada con una variedad de síntomas no motores, los cuales junto con los síntomas motores de inicio tardío, tales como la inestabilidad postural y las caídas, interrupción de la marcha (“congelación”), problemas de lenguaje y dificultades para tragar, son actualmente uno de los retos más difíciles que enfrenta el médico cuando trata a pacientes con una enfermedad de evolución prolongada (OMS, 2006).

#### **2.5.2.9 Enfermedad cerebrovascular**

La enfermedad cerebrovascular es una de las principales enfermedades no transmisibles considerada de importancia para la salud pública. Después de la enfermedad cardíaca coronaria y el cáncer, la enfermedad cerebrovascular es la causa más frecuente de muerte en la mayoría de los países industrializados. En términos generales, la enfermedad cerebrovascular es un déficit neurológico repentino debido a isquemia o hemorragia cerebral localizada. La mayoría de las

enfermedades cerebrovasculares son atribuidas a la oclusión focal de los vasos sanguíneos del cerebro (enfermedad cerebrovascular isquémica) y el resto son el resultado de la ruptura de un vaso sanguíneo (enfermedad cerebrovascular hemorrágica) (OMS, 2006).

### **2.5.3 Traumatismo Craneoencefálico**

El traumatismo craneoencefálico es una afectación que se produce por un golpe afectando principalmente al encéfalo. El TCE es un problema grave de salud en los cuales se desembocan muchos problemas que a largo o a corto plazo desarrolla enfermedades, y no solo daños físicos sino también pérdidas económicas debido al costo de su tratamiento y rehabilitación.

Tomamos en cuenta que uno de los principales causantes de este problema son los accidentes de tránsito, accidentes laborales, agresiones físicas hasta incluso en prácticas deportivas donde existen mayor riesgo de sufrir golpes u accidentes.

Teasell, St Josephs Health Care, Murie (2001), manifiestan que a los TCE los podemos clasificar en leve, moderado o grave en base al grado de conciencia o la escala de coma de Glasgow (ECG). El TCE leve presenta (ECG 13-15), los pacientes presentan pérdida de la conciencia menor a treinta minutos. El TCE moderado presenta (ECG 9-13) el paciente se encuentra letárgico o estuporoso, uno de los síntomas principales son fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la concentración. El TCE grave (ECG 3-8) el paciente está en coma, sufre secuelas neurológicas graves. Dentro de los traumatismos craneoencefálicos tomamos en cuenta dos tipos de lesiones, una lesión primaria las cuales se las cataloga como lesiones abiertas en las que se afecta el tejido cerebral y las lesiones cerradas en las que se producen en el cerebro debido al impacto aquí se ve que el cerebro es movido bruscamente hacia adelante y atrás notando principalmente lesiones en los lóbulos frontales y temporales. Las lesiones secundarias pueden durar horas, minutos o días después de haber sufrido un accidente, notamos hemorragias, hipoxias, hidrocefalias



#### **2.5.4 Secuelas Neuropsicológicas del Traumatismo Craneoencefálico Moderado**

Finger (1992), menciona que los procesos cuando ocurre el TCE son de mucha relevancia, pueden durar horas, días o semanas que siguen al daño cerebral observando hasta degeneración neuronal.

Dentro de los TCE moderados podemos observar deterioro en la función cognitiva como la atención, memoria, emociones y conducta, Las consecuencias que producen los traumas son notorias mostrando cambios en los procesos cognoscitivos del paciente, dependiendo de las estructuras que hayan sido afectadas principalmente en lóbulos frontales y occipitales afectando a la memoria y orientación.

Así mismo, se pueden observar alteraciones a nivel físico, social, emocional y comportamental.

Quijano & Cuervo (2010), manifiestan que los cambios cognitivos, emocionales y comportamentales que quedan como secuela del TCE van aumentando en la sociedad ya que no existe una adecuada rehabilitación neuropsicológica.

Dentro de las secuelas neuropsicológicas de los TCE moderados tenemos las siguientes:

##### **Lenguaje**

###### Lenguaje y comunicación

Después de un TCE pueden presentarse alteraciones lingüísticas, como la anomia o falta de iniciativa para hablar, debido a lesiones focales de predominio anterior, o bien un mutismo por lesiones difusas, que posteriormente evolucionan hacia una reducción del material lingüístico, aumento de las repeticiones y contenido inadecuado. La disartria es frecuente en los TCE y se caracteriza por lentitud, imprecisión e incoordinación de los músculos implicados en esta función. (Riós-Romenets, S., Castaño-Monsalve, B., & Bernabeu-Guitart, M., 2007). Tomando en cuenta la afasia anómica que presentan los pacientes con TCE se observa que los pacientes presentan dificultad para utilizar las palabras apropiadas para describir cualquier situación sean lugares u objetos un claro ejemplo es cuando menciona silla por mesa.

## **Atención**

Nivel de alerta (arousal) y déficit de atención

El déficit de atención se considera una de las alteraciones más frecuentes y persistentes tras un TCE, y tiene una gran repercusión en el resto de las funciones cognitivas, como, por ejemplo, la memoria. Los pacientes con TCE presentan distractibilidad y dificultades para atender a más de un elemento a la vez, aquí los pacientes su atención no se mantiene firme o fija en un determinado tema más bien al contrario se desvía. Se han descrito trastornos en distintas esferas de la atención: atención selectiva o focalizada, atención dividida y atención sostenida. (Riós et al., 2007).

## **Memoria**

Memoria y aprendizaje

Se pueden diferenciar tres grandes déficit en la memoria: déficit en la capacidad de procesamiento de la información, déficit en la capacidad de almacenar información en la memoria a largo plazo y déficit en la capacidad de recuperar información almacenada. La memoria inmediata o memoria de trabajo suele conservarse, pero con un marcado contraste entre la capacidad para recordar acontecimientos y habilidades previas al TCE y la capacidad para aprender y retener nueva información. (Riós-Romenets, S., Castaño-Monsalve, B., & Bernabeu-Guitart, M., 2007). Dentro de memoria encontramos amnesias que se enfoca principalmente en la pérdida o una disminución de la memoria.

Centrándonos en las secuelas neuropsicológicas que se producen en los pacientes con traumatismo craneoencefálico moderado donde se a evaluado a pacientes donde el principal daño se ve en lesiones en áreas temporales en las que esencialmente observamos amnesia retrograda y amnesia lacunar.

Al hablar de amnesia retrograda impide que el paciente recuerde eventos que ocurrieron antes del momento en el que se produjo el TCE, con el pasar del tiempo esta amnesia puede aumentar o disminuir; es decir, desde el día en que se produjo el accidente si se puede almacenar recuerdos, pero no se puede acceder a la información que existía antes del trauma este síndrome mnésico también puede estar acompañado de apatía donde el paciente deja de tomar importancia a cosas relevantes en su vida. La amnesia retrograda tiene una afectación en los recuerdos

personales. Junque y Barroso (1997), mencionan que el lenguaje, las capacidades prácticas, abstracción no se ven afectadas.

Retomando las secuelas que se producen en el área de memoria tenemos también amnesia lacunar o llamada también localizada los pacientes no pueden recordar eventos ocurridos con anterioridad al golpe donde puede presentar estados confucionales, obnubilación o hasta coma.

### **Área visoespacial**

La descripción de los déficit visuoperceptivos se divide en un gran número de categorías: negligencia unilateral espacial, ceguera cortical, alteraciones en la percepción del color, agnosia visual, alteraciones visuoespaciales, déficit de las funciones de análisis visual y trastornos en la síntesis visual, entre otros. Todos estos problemas presentan una relación directa con la interpretación del estímulo visual y, aunque cada uno de estos términos representa síntomas reconocidos por sus diferentes autores, hay que recordar que no existen límites claramente establecidos en todo el déficit. (García-Peña, M., & Sánchez-Cabeza, A., 2004).

### **Percepción espacial**

Como ejemplos significativos de este déficit, destaca la alteración para la percepción de la orientación de las líneas y para la orientación topográfica (García-Peña et al., 2004).

### **Síndromes agnósicos**

La agnosia aperceptiva aparecería como consecuencia de alteraciones en la percepción visual; existe una distorsión del estímulo en los niveles sensorio-perceptivos que provocarían un fallo en el reconocimiento visual del objeto presentado. La agnosia asociativa es el resultado de alteraciones en los procesos de integración de la información sensorial (García-Peña et al., 2004).

### **Área intelectual**

#### **Funciones ejecutiva**

Los pacientes con afectación de las funciones ejecutivas tienen alterada la capacidad de formular objetivos, planificar y organizar las etapas y medios necesarios para conseguir un propósito, su realización y control. Los pacientes con déficit ejecutivos pueden realizar correctamente tareas estructuradas, pero tienen

dificultades para enfrentarse a situaciones que requieren planificación, organización e iniciativa. (Riós et al., 2007).

### **2.5.5 Dinámica Familiar**

En éste contexto se define a la dinámica familiar como el manejo de las relaciones entre los miembros de la familia que son parte de una determinada organización al grupo, estableciendo para el funcionamiento de la vida en familia normas que regulen el desempeño de tareas, funciones y roles; lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo. Es por ello que es necesario conocer las necesidades que existen dentro de la familia como es la comunicación que exista y el afecto que se tengan cada uno de los individuos para saber si existen problemas. Así la dinámica familiar se define bajo los conceptos de estructura y composición familiar, tipos de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación, reglas, normas y valores. Lo que se toma en cuenta es la capacidad que tenga la familia de los pacientes es que tengan la inteligencia emocional y los mecanismos adecuados para enfrentar y resolver conflictos.

Franco (1994) manifiesta que existen tres aspectos básicos relacionados con la familia:

*“El primero hace referencia a que la familia como estructura es cambiante y que estos cambios obedecen al periodo histórico y social de cada época; el segundo alude a que en el grupo familiar se da el proceso de socialización primario; este proceso tiene como objetivo que los hijos se comporten de acuerdo a las exigencias vigentes del contexto; tercero, todo grupo familiar tiene su dinámica interna y externa”.*

Lo que principalmente caracteriza a la dinámica familiar es la comunicación que existe entre los miembros de la familia donde se denotan los pensamientos y emociones que hay en cada uno de ellos. Según Agudelo (2005), “la comunicación se puede afrontar desde diferentes modalidades a saber: primera hace referencia a la bloqueada, aquella que posee como características poco diálogo e intercambios entre los miembros de la familia”.

Otro aspecto importante que se debe de tomar en cuenta son los roles que existe con cada uno de los miembros de la familia, lo que hace que se tomen aspectos importantes para dicha posición como lo es la cultura que etiquetan tanto al

hombre como a la mujer por sus diferentes cualidades y desenvolvimientos en el medio.

Edgell (1980), menciona que el rol que tiene cada miembro de la familia es determinado por el salario que persisten lo que históricamente a ubicado al hombre como el eje principal de sustento.

### **2.5.6 Alteraciones psicológicas en la familia**

Son cambios psicológicos que se dan en los familiares pasando por problemas psicológicos o problemas dentro del núcleo familiar; se observan cambios de humor, estados de ansiedad, llanto fácil, preocupación, depresión, y, muchas veces problemas económicos que a la larga terminan en disfunciones familiares lo que provoca inestabilidad en cada uno de los miembros de la familia. Cabe mencionar que existen factores importantes que determinan estos problemas como lo es la comunicación inadecuada que muchas veces existen en las familias, el estado de ánimo con el que se maneje cada uno de los miembros que conforman la familia.

### **2.5.7 Ansiedad en el familiar cuidador**

Los familiares cuidadores deben de estar preparados para los diferentes cambios que experimentan cada uno de sus familiares como son los cambios psíquicos y somáticos que se dan en el transcurso de la enfermedad. Lo que hace que exista no solo ansiedad y desequilibrio para el que cuida si no también efectos que se notan dentro de la familia como es la ruptura de lazos existentes entre ellos, a menudo la familia lleva una vida normal pero con alguna incertidumbre de que pueda volver a ocurrir alguna recaída. En cuanto al desenlace de las enfermedades crónicas tenemos las mortales, no mortales o con reducida expectativa de vida. La principal diferencia entre estos desenlaces consiste en la medida en que la familia siente la pérdida anticipada y los profundos efectos que esto conlleva.

El psiquiatra Engel George (1961) menciona que “la pérdida de un ser querido es tan traumática psicológicamente como herirse en el plano fisiológico”. Otro factor desencadenante de cuidar a un familiar también es el duelo debido a que si el paciente muere tendrá que pasar por esta etapa, lo que conlleva a instancias de dolor para el familiar cuidador debido a la cercanía que tenga con el paciente

logrando tener depresión, inestabilidad, a lo que se presenta empobrecimiento anímico.

El cuidar a un paciente para muchos de los cuidadores puede ser una carga debido a que sienten cansancio, producen ansiedad, depresión, cansancio físico; se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para sus obligaciones, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades y acaban paralizando durante largos años su proyecto vital. La mayoría de familiares cuidadores desempeñan roles como el trabajo u actividades que descuidan por ser cuidador logrando proporcionarse enfermedades orgánicas y psicológicas.

(Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis y Fernández-Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995, citados en López y Crespo, 2007), han realizado estudios donde mencionan que los familiares cuidadores están ostentados a sufrir de ansiedad y depresión debido a la situación perjudicial en la que se encuentran y sobre todo un quiebre en el ciclo vital familiar.

## **2.6 HIPÓTESIS**

Las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE moderado si inciden en la ansiedad del familiar cuidador.

Las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE moderado no inciden en la ansiedad del familiar cuidador.

## **2.7 VARIABLES**

Variable Dependiente: La ansiedad del familiar cuidador

Variable Independiente: Secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE moderado

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación es predominantemente cuali-cuantitativa, debido a que permite ajustar directamente a la realidad de conceptos o criterios descubiertos ya que los resultados obtenidos de la investigación nos ayuda a obtener propuestas que permitirán disminuir la ansiedad del familiar cuidador.

El enfoque cualitativo busca principalmente “dispersión o expansión” de los datos e información.

Mertens (2005), menciona que en las investigaciones cualitativas, la reflexión une al investigador y a los colaboradores.

El Cuantitativo González, J., Hernández, Z. (2003). Paradigmas Emergentes Y Métodos De Investigación en el Campo de la Orientación.

Método que buscan los hechos o causas del fenómeno. Pueden ser números o estadísticas. Por lo general tienen una connotación positiva, deductiva, de ciencias naturales.

Según Creswell (2005), los análisis cuantitativos se demuestran con (hipótesis) y estudios previos (teoría).

#### **3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Dentro de la modalidad de la investigación se emplearan la Investigación de Campo y la Investigación Bibliográfica.

## **La Investigación de Campo.**

Según el Manual de Trabajo de Grado, de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales, Upel (2006), la investigación de campo es:

*El análisis sistemático de problemas de la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas de investigación conocidos.*

## **La Investigación Bibliográfica.**

“La investigación documental-bibliográfica tiene el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores sobre una cuestión determinada, basándose en documentos (fuentes primarias), o en libros, revistas, periódicos y otras publicaciones (fuentes secundarias).” (2004, pág. 95), ya que permite sustentar las variables de una forma teórica – científica, mediante la consulta en libros, textos, folletos que se encuentran en las diferentes referencias bibliográficas, de tal manera que todo lo referente bibliográfico tenga un sustento, para poder ser utilizado en la presente investigación.

## **3.3 NIVELES O TIPOS DE INVESTIGACIÓN**

### **3.3.1 Descriptivo**

El estudio descriptivo o Correlacional es el más usual en investigación. Describe las características de ciertos grupos, determina las variables y establecen modelos basados en hipótesis.

Selltiz (1965), afirma que este tipo de investigación “Consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento”.



### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1 Población**

Levin & Rubin (1996), mencionan que “Una población es un conjunto de todos los elementos que estamos estudiando, acerca de los cuales intentamos sacar conclusiones”

La Población o Universo con el cual se va a trabajar consta de 20 pacientes con TCE moderado con su familiar cuidador.

#### **3.4.2. Muestra**

El muestreo regulado, según Abril (2010), es “aquel en que forman parte de la muestra los elementos del universo o población en los cuales se hace presente el problema de investigación”.

En el presente trabajo de investigación se aplicó el muestreo regulado, debido a que la población de pacientes con TCE moderado y familiar cuidador es un número limitado, se trabajará con la muestra total de la población.

#### **3.4.3 Criterios de Inclusión**

En la investigación se incluyeron:

1. Pacientes con TCE moderado
2. Que estén hospitalizados en neurocirugía del HPDA
3. Que tenga Familiar cuidador

#### **3.4.4 Criterios de Exclusión**

1. Pacientes menores de 13 años
2. Pacientes con alteraciones mentales y patologías asociadas con las mismas
3. Pacientes Mayores de 70 años

### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1: Operacionalización de las Variable Dependiente

VARIBALE DEPENDIENTE	La ansiedad del familiar cuidador				
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTO
<p>La ansiedad generalizada y depresión mayor ocurre en 66% de los pacientes hospitalizados y sus familiares; estas alteraciones afectan en la toma de decisiones y evolución del paciente. Son estados que se presentan tanto físicos como emocionales que se viven por situaciones que el individuo considere importantes.</p>	<p>Grados de Ansiedad</p> <p>Niveles de Ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Grave</li> <li>• Severo</li> </ul>	<p>Humor ansioso</p> <p>Tensión</p> <p>Miedos</p> <p>Insomnio</p> <p>Funciones intelectuales</p> <p>Humor deprimido</p> <p>Síntomas somáticos musculares</p> <p>Síntomas somáticos sensoriales</p>	<p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>ENTREVISTA (Escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton)</p>

			Síntomas cardiovasculares Síntomas respiratorios Síntomas gastrointestinales Síntomas genitourinarios Síntomas del sistema nervioso autónomo Conducta en el transcurso del test		
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**Tabla 2: Operacionalización de las Variable Independiente**

<b>VARIBALE INDEPENDIENTE</b>	Secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE moderado				
<b>CONCEPTUALIZACIÓN</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS BÁSICOS</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<p>Dentro de los TCE moderados podemos observar daños a nivel de la estructura cerebral, notando principalmente deterioros en la atención, memoria, emociones y conducta.</p>	<p>Nivel de funciones cognitivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secuelas Neuropsicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atención</li> <li>• memoria</li> <li>• orientación</li> <li>• lenguaje</li> <li>• procesos mnesicos.</li> </ul>	<p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Historia Clínica Test Luria</p>

### **3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Se obtuvo la autorización del Director del Hospital Provincial Docente Ambato en el área de neurocirugía para la recolección de datos, como primer paso se procedió a la identificación de los pacientes con TCE moderado hospitalizados en el área de cirugía del mes de Junio a Septiembre 2014, como segundo paso se localizo a los familiares cuidadores que se encontraban dentro del HPDA, aplicando los reactivos respectivamente.

### **3.7. TECNICAS E INSTRUMENTOS**

Los reactivos que se utilizaron fueron el Test Luria a los pacientes con TCE moderado y el de ansiedad de Max Hamilton para los familiares cuidadores.

Según Herreras ( 2007), menciona que:

*El test de Luria, se inicia con una entrevista inicial y anamnesis donde se debe obtener la mayor cantidad de información sobre la historia del estado actual del paciente y sobre aspectos concretos de su vida, con el propósito de fijar la dirección de la evaluación y proporcionarnos toda la información esencial necesaria para emprender este examen y alcanzar un diagnóstico preciso, mide si existe afectación en las siguientes funciones cognitivas: atención, memoria, lenguaje, orientación, procesos mnesicos.*

El test de Hamilton presenta valores. Ausente (0), leve (1), moderada (2), grave (3), severo (4); la cual mide Humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, humor deprimido, síntomas somáticos musculares, síntomas somáticos sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas del sistema nervioso autónomo, conducta en el transcurso del test.

### **3.8 PROCESAMIENTO Y ANALISIS**

- Análisis de resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos
- Comprobación estadística de los objetivos específicos
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones
- Elaboración de una alternativa de solución.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis e Interpretación De La Variable Dependiente

Ansiedad en el familiar cuidador: Escala de Ansiedad de Max Hamilton (Anexo 1)

1. **Humor Ansioso:** inquietud, espera lo peor, apresión (anticipación temerosa), irritabilidad.

Estadísticos		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

Tabla 3: Humor Ansioso: inquietud, espera lo peor, apresión (anticipación temerosa), irritabilidad.

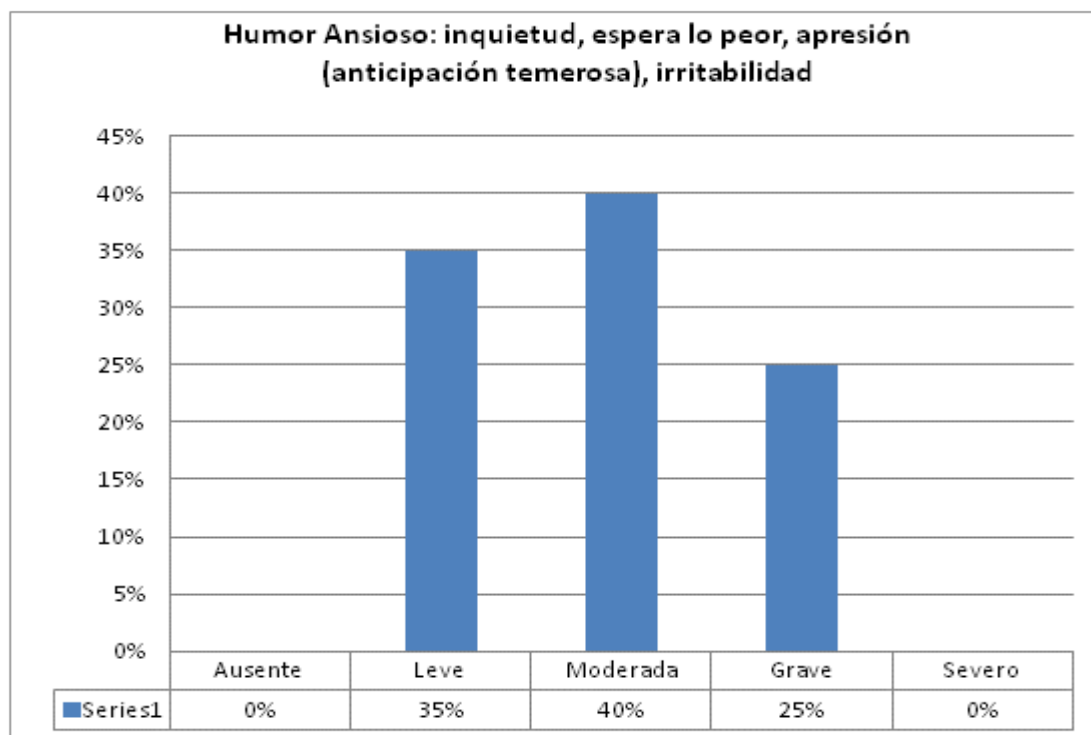
	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	0	0%	0%
<b>Leve</b>	7	35%	35%
<b>Moderada</b>	8	40%	75%
<b>Grave</b>	5	25%	100%
<b>Severo</b>	0	0%	100%
	20	100%	

FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton  
AUTOR: ORTIZ 2014

#### Análisis cuantitativo

De los 20 familiares cuidadores valuados con respecto a “**Humor Ansioso:** inquietud, espera lo peor, apresión (anticipación temerosa), irritabilidad” respondieron, Ausente, 0 (0%) Leve, 7 (35%) Moderada, 8 (40%) Grave, 5 (25%) Severo, 0 (0%).

**Gráfico 3: Humor Ansioso: inquietud, espera lo peor, apresión (anticipación temerosa), irritabilidad.**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

Los familiares cuidadores presentan con mayor relevancia rasgos o características de humor ansioso los cuales denotan irritabilidad, inquietud, se sienten impacientes y presentan cambios preocupantes en sus sentimientos y emociones. Todo ello contribuye a inadecuadas relaciones interpersonales y a la presencia de síntomas somáticos de agotamiento físicos posteriormente a la expresión de las emociones. Las mismas no son controladas por el sujeto e interfieren en otras áreas del correcto funcionamiento de la personalidad. Es decir, manifiestan sentirse intranquilos, desesperados y esperan lo peor.

2. **Tensión:** sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar.

Estadísticos		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

Tabla 4: **Tensión:** sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar.

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	1	5%	5%
<b>Leve</b>	7	35%	40%
<b>Moderada</b>	7	35%	75%
<b>Grave</b>	4	20%	95%
<b>Severo</b>	1	5%	100%
	20	100%	

FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton

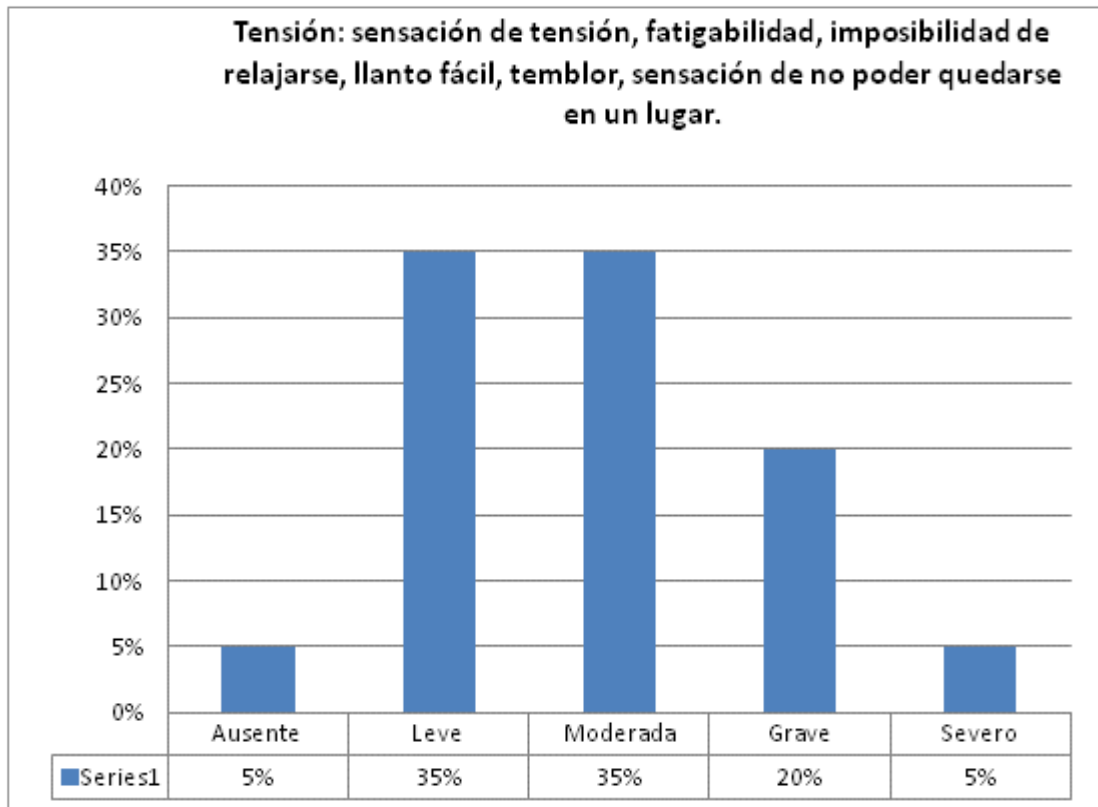
AUTOR: ORTIZ 2014

### Análisis cuantitativo

De los 20 familiares cuidadores evaluados con respecto a “**Tensión:** sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar.” respondieron, Ausente, 1 (5%) Leve, 7 (35%) Moderada, 7 (35%) Grave, 4 (20%) Severo, 1 (5%).



**Gráfico 4: Tensión: sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar.**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

La mayor parte de familiares cuidadores presentan síntomas de tensión, los mismos que están acompañados de rasgos o características como fatigabilidad, temblor, llanto fácil, temblor en su cuerpo y la sensación de estar inquietos debido a la preocupación que presentan. Es decir, presentan síntomas que se ven inmiscuidos a problemas somáticos principalmente denotando problemas musculares, todo ello contribuye a la presencia de síntomas somáticos de agotamiento físicos posteriormente a la expresión de las emociones. Las mismas no son controladas por el sujeto e interfieren en otras áreas del correcto funcionamiento de la personalidad.

3. **Miedos:** a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.

Estadísticos		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 5: Miedos: a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	3	15%	15%
<b>Leve</b>	8	40%	55%
<b>Moderada</b>	2	10%	65%
<b>Grave</b>	4	20%	85%
<b>Severo</b>	3	15%	100%
	20	100%	

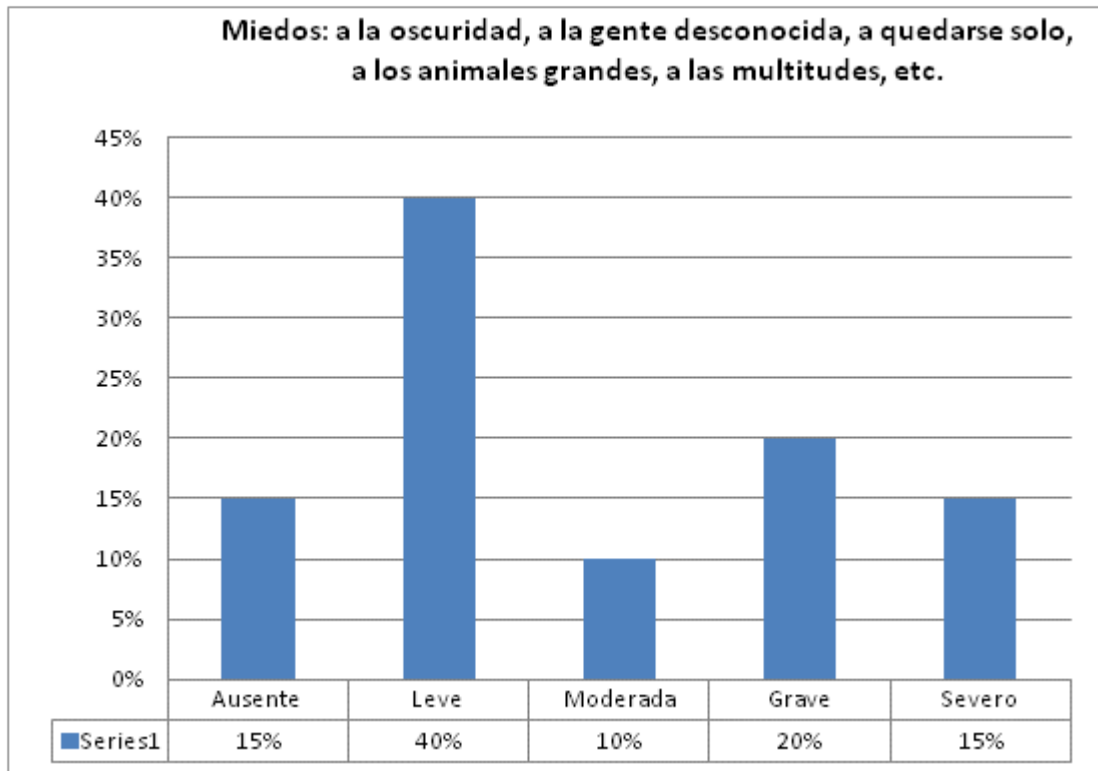
FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton

AUTOR: Ortiz 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Miedos:** a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.” respondieron, Ausente, 3 (15%) Leve, 8 (40%) Moderada, 2 (10%) Grave, 4 (20%) Severo, 3 (15%).

**Gráfico 5: Miedos: a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

La menor parte de familiares cuidadores presentan ligeros síntomas como miedo, temor a sentirse o quedarse solos, miedo a las multitudes, a la oscuridad lo que hace que no sean tan adecuadas su relaciones interpersonales.

4. **Insomnio:** dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.

<b>Estadísticos</b>		
<b>N</b>	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 6: Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	2	10%	10%
<b>Leve</b>	6	30%	40%
<b>Moderada</b>	6	30%	70%
<b>Grave</b>	4	20%	90%
<b>Severo</b>	2	10%	100%
	20	100%	

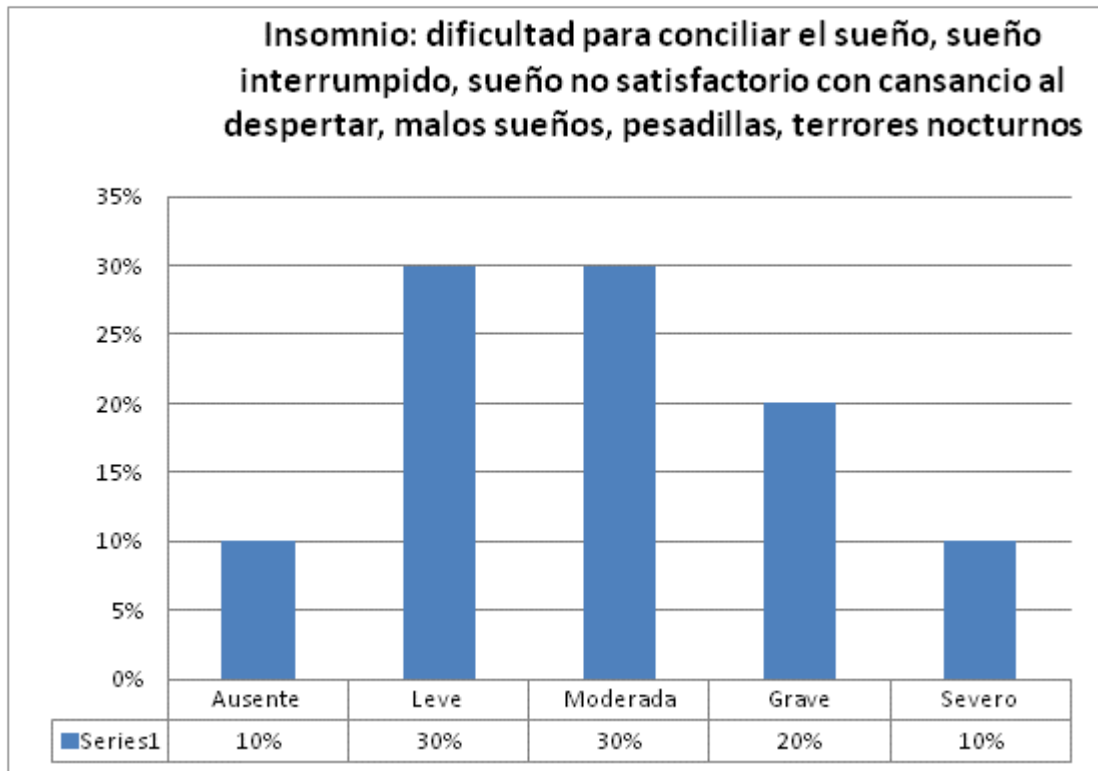
FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton

AUTOR: Ortiz 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Insomnio:** dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.” respondieron, Ausente, 2 (10%) Leve, 6 (30%) Moderada, 6 (30%) Grave, 4 (20%) Severo, 2 (10%).

**Gráfico 6: Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

El test arroja que el mayor porcentaje de los familiares cuidadores presentan insomnio, los cuales están acompañados de sueños no satisfactorios, pesadillas, dificultades para conciliar el sueño. Es decir, que existe falta de energía durante el día desencadenando angustia, desesperación, tristeza presentando así problemas somáticos lo que hace que no se desenvuelva adecuadamente.

**5. Funciones intelectuales:** dificultad de concentración, mala memoria.

<b>Estadísticos</b>		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 7: Funciones intelectuales: dificultad de concentración, mala memoria**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	0	0%	0%
<b>Leve</b>	9	45%	45%
<b>Moderada</b>	7	35%	80%
<b>Grave</b>	2	10%	90%
<b>Severo</b>	2	10%	100%
	20	100%	

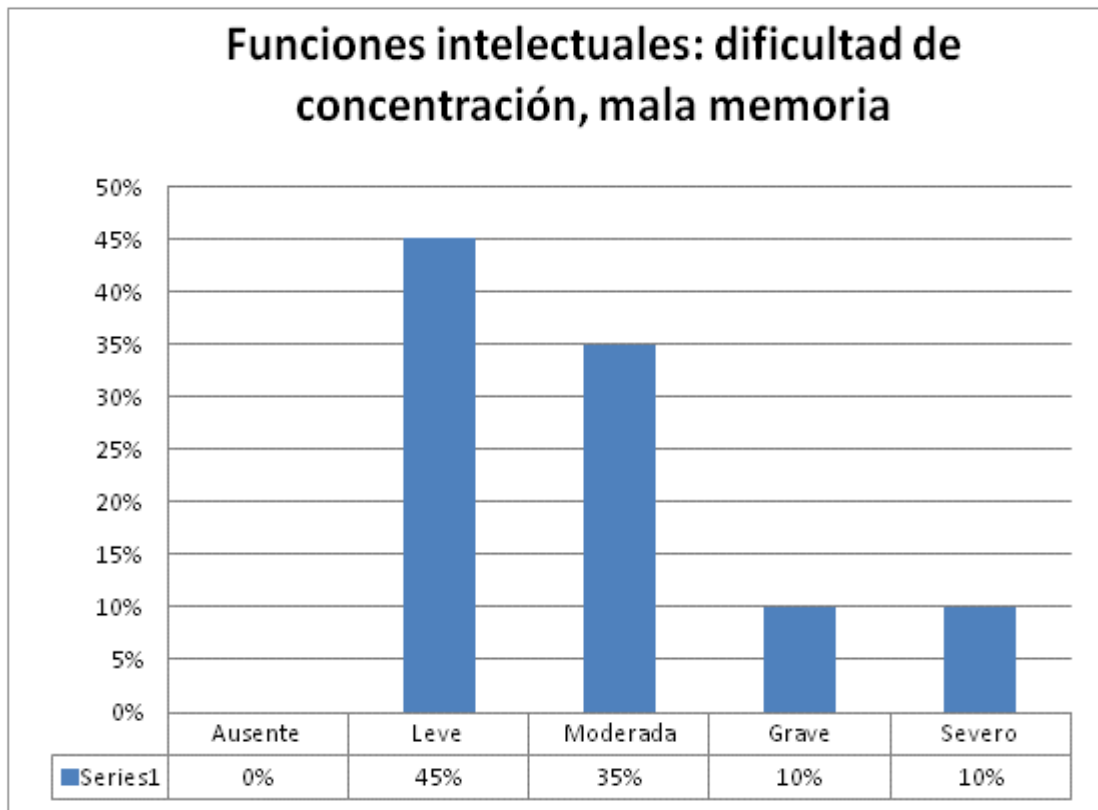
FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton

AUTOR: Ortiz 2014

**Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Funciones intelectuales:** dificultad de concentración, mala memoria” respondieron, Ausente, 0 (0%) Leve, 9 (45%) Moderada, 7 (35%) Grave, 2 (10%) Severo, 2 (10%).

Gráfico 7: Funciones intelectuales: dificultad de concentración, mala memoria



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### Interpretación

Alteraciones en las funciones intelectuales como dificultad para concentrarse y, problemas para recordar ciertas situaciones cotidianas son algunos de los síntomas menos comunes en los familiares cuidadores.

6. **Humor deprimido:** falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.

Estadísticos		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 8: Humor deprimido: falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	4	20%	20%
<b>Leve</b>	7	35%	55%
<b>Moderada</b>	6	30%	85%
<b>Grave</b>	1	5%	90%
<b>Severo</b>	2	10%	100%
	20	100%	

FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton

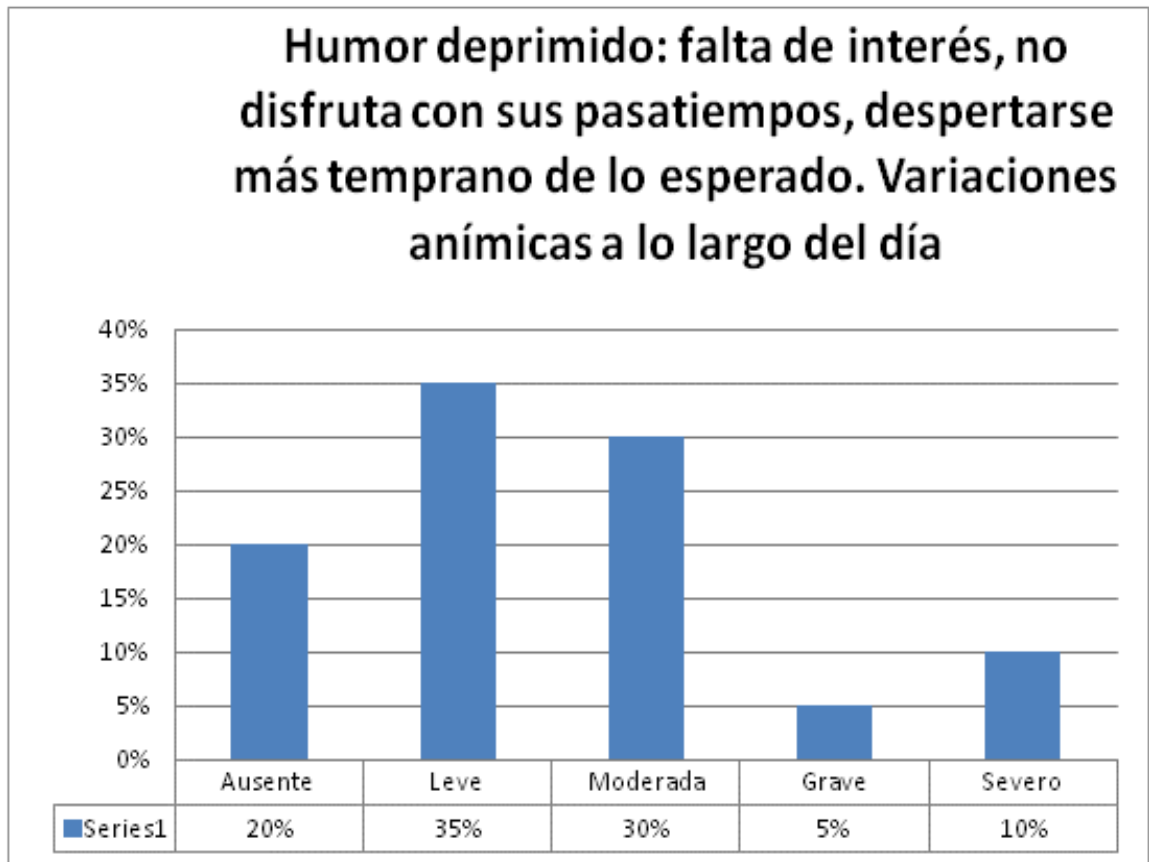
AUTOR: Ortiz 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Humor deprimido:** falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día” respondieron, Ausente, 4 (20%) Leve, 7 (35%) Moderada, 6 (30%) Grave, 1 (5%) Severo, 2 (10%).



**Gráfico 8: Humor deprimido: falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

La mayoría de los familiares cuidadores presentan cambios ligeros en su humor como falta de interés por las actividades que realiza a diario, no disfrutar de sus pasatiempos, lo que hace que tenga inadecuadas relaciones interpersonales y presencia de síntomas psíquicos en la expresión de las emociones. Es decir, se despierta más temprano de lo esperado repercutiendo en su estado anímico y emocional.

**7. Síntomas somáticos musculares:** Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.

<b>Estadísticos</b>		
<b>N</b>	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 9: Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	8	40%	40%
<b>Leve</b>	7	35%	75%
<b>Moderada</b>	2	10%	85%
<b>Grave</b>	3	15%	100%
<b>Severo</b>	0	0%	100%
	20	100%	

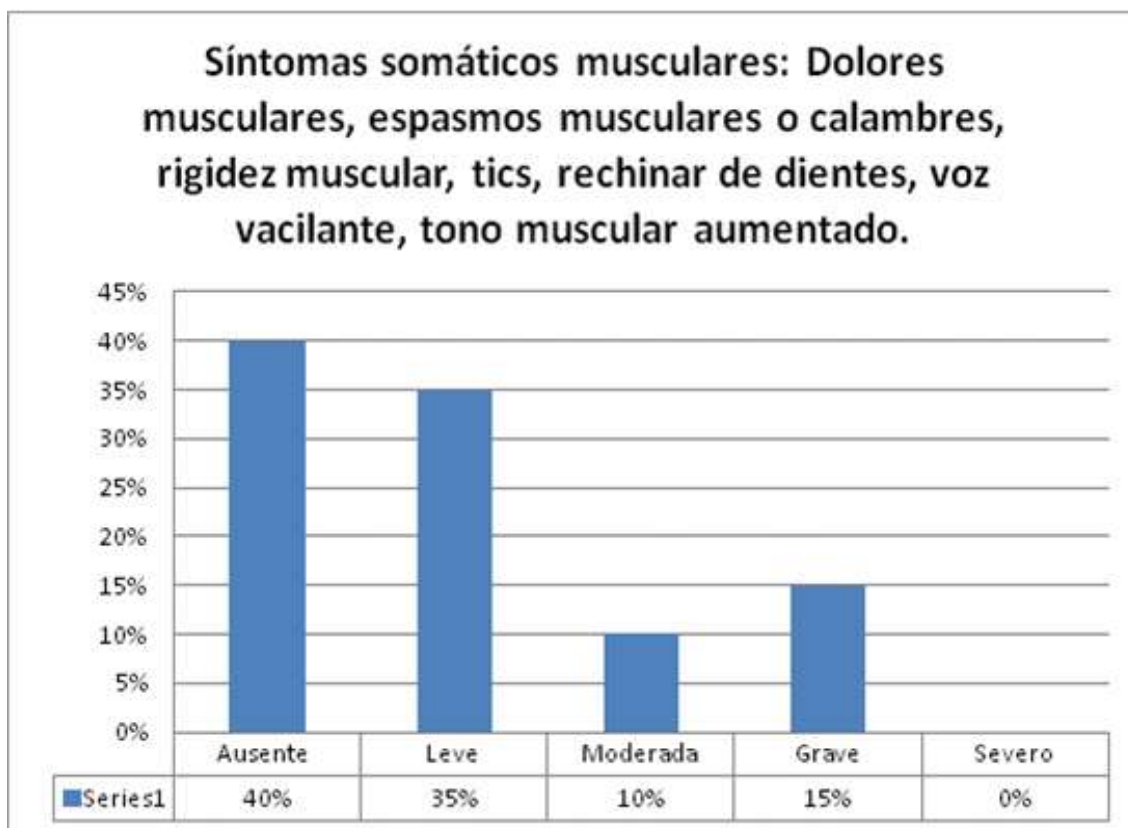
FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton

AUTOR: Ortiz 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Síntomas somáticos musculares:** Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.” respondieron, Ausente, 8 (40%) Leve, 7 (35%) Moderada, 2 (10%) Grave, 3 (15%) Severo, 0 (0%).

**Gráfico 9: Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

En cuanto a los síntomas somáticos musculares no se registró síntomas en los familiares cuidadores. Es decir, no presentan calambres, dolores musculares, fatiga.

8. **Síntomas somáticos sensoriales:** Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).

<b>Estadísticos</b>		
<b>N</b>	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 10: Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	1	5%	5%
<b>Leve</b>	9	45%	50%
<b>Moderada</b>	6	30%	80%
<b>Grave</b>	4	20%	100%
<b>Severo</b>	0	0%	100%
	20	100%	

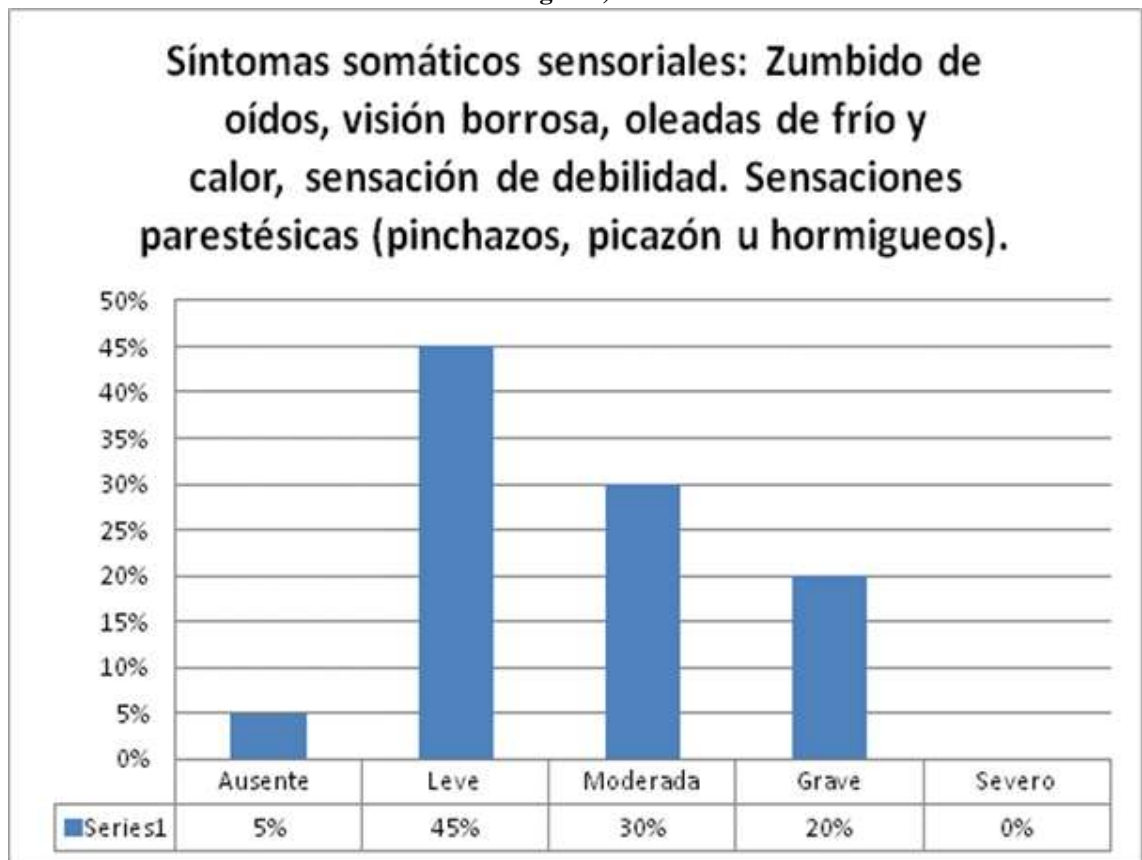
FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Síntomas somáticos sensoriales:** Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).” respondieron, Ausente, 1 (5%) Leve, 9 (45%) Moderada, 6 (30%) Grave, 4 (20%) Severo, 0 (0%).

**Gráfico 10: Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

La mayor parte de los familiares cuidadores presentan ligeros síntomas somáticos sensoriales como visión borrosa, oleadas de frío, zumbido en los oídos, lo que dificulta el desenvolvimiento personal alcanzando agotamiento físico posteriormente a la expresión de las emociones.

- 9. Síntomas cardiovasculares:** Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.

<b>Estadísticos</b>		
<b>N</b>	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 11: Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	4	20%	20%
<b>Leve</b>	5	25%	45%
<b>Moderada</b>	8	40%	85%
<b>Grave</b>	2	10%	95%
<b>Severo</b>	1	5%	100%
	20	100%	

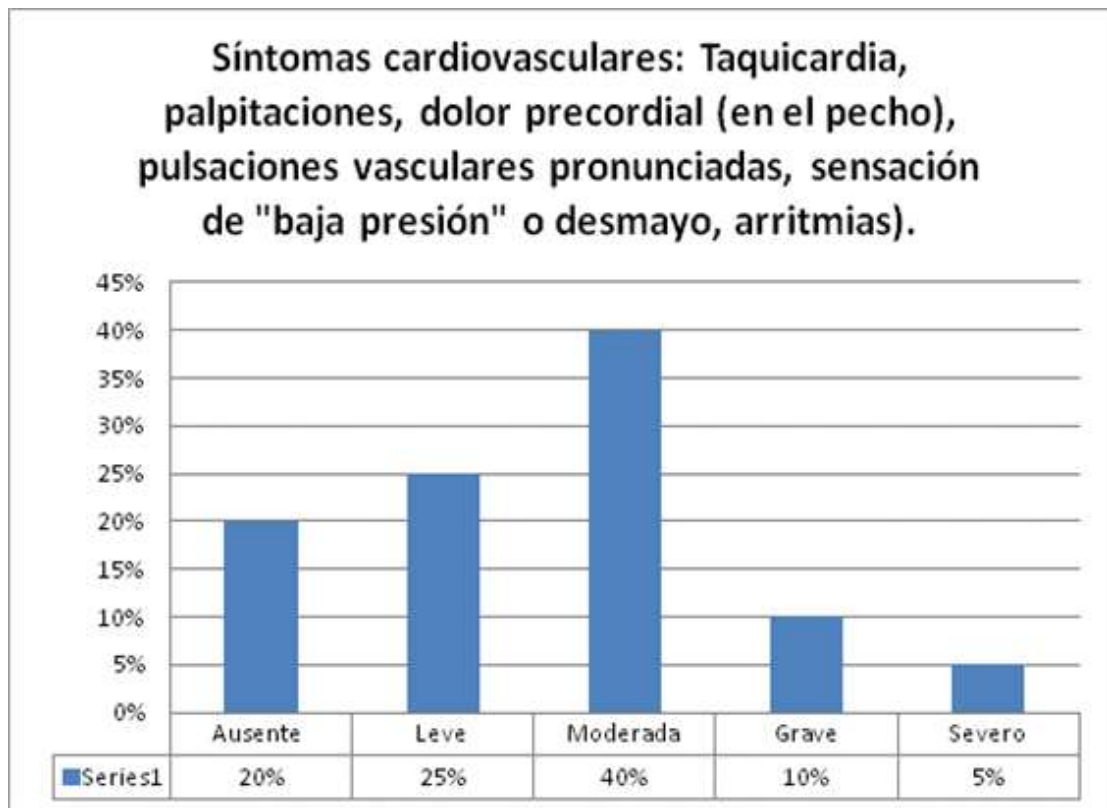
FUENTE: Test de Ansiedad Hamilton

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Síntomas cardiovasculares:** Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.” respondieron, Ausente, 4 (20%) Leve, 5 (25%) Moderada, 8 (40%) Grave, 2 (10%) Severo, 1 (5%).

**Gráfico 11: Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

Dentro de la ansiedad del familiar cuidador se manifiestan con mayor énfasis síntomas cardiovasculares como dolores en el pecho, taquicardia, sensación de presión baja, debido al estrés, preocupación excesiva, los mismos que afectan de manera orgánica. Todo ello contribuye a la presencia de síntomas somáticos de agotamiento físicos posteriormente a la expresión de las emociones.

**10. Síntomas respiratorios:** Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria)

Estadísticos		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 12: Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria)**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	4	20%	20%
<b>Leve</b>	7	35%	55%
<b>Moderada</b>	3	15%	70%
<b>Grave</b>	3	15%	85%
<b>Severo</b>	3	15%	100%
	20	100%	

FUENTE: Test Hamilton

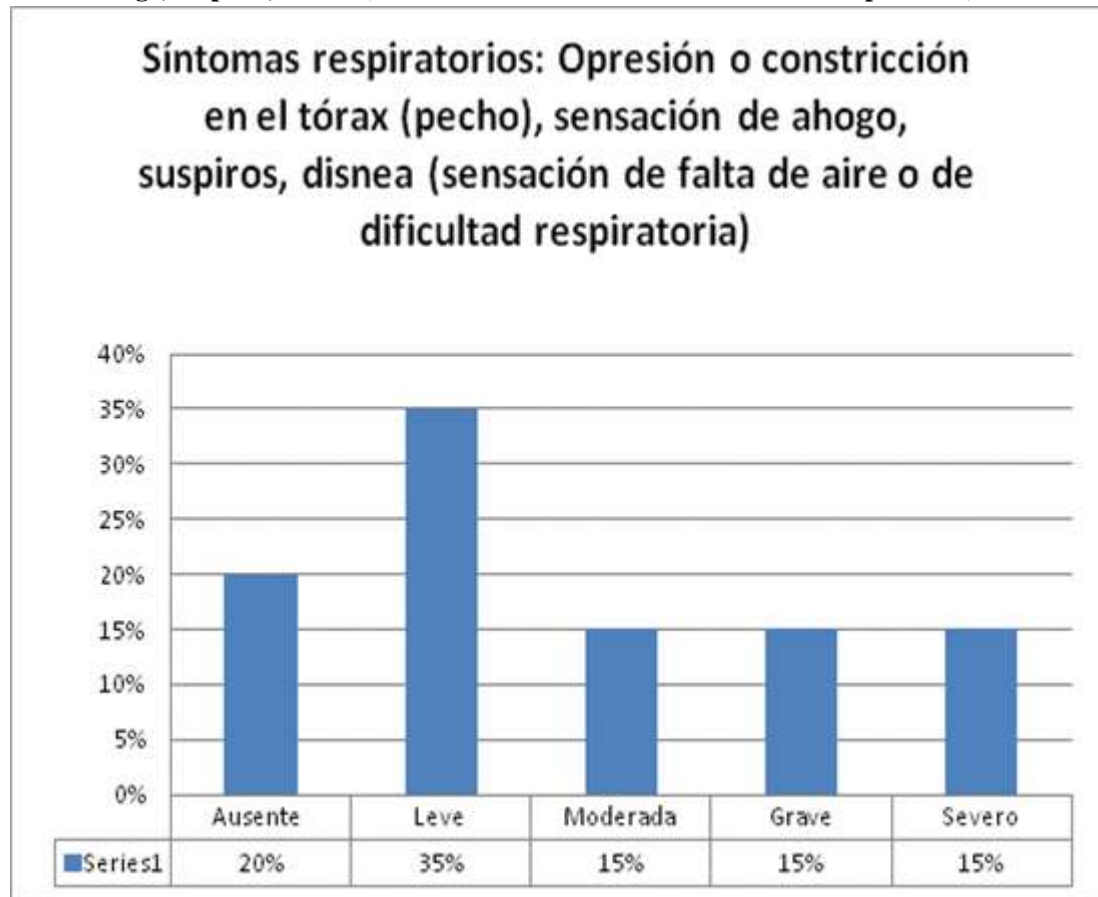
AUTOR: Ortiz 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Síntomas respiratorios:** Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).” respondieron, Ausente, 4 (20%) Leve, 7 (35%) Moderada, 3(15%) Grave,3 (15%) Severo, 3 (15%).



**Gráfico 12: Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria)**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

Gran parte de los familiares cuidadores muestran leves síntomas respiratorios relacionados con ansiedad como opresión en el pecho, sensación de ahogo, dificultad para respirar fácilmente, presentando síntomas somáticos de agotamiento físico dificultando del correcto funcionamiento de la personalidad.

**11. Síntomas gastrointestinales:** Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación o estreñimiento.

Estadísticos		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 13: Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación o estreñimiento.**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	2	10%	10%
<b>Leve</b>	7	35%	45%
<b>Moderada</b>	8	40%	85%
<b>Grave</b>	2	10%	95%
<b>Severo</b>	1	5%	100%
	20	100%	

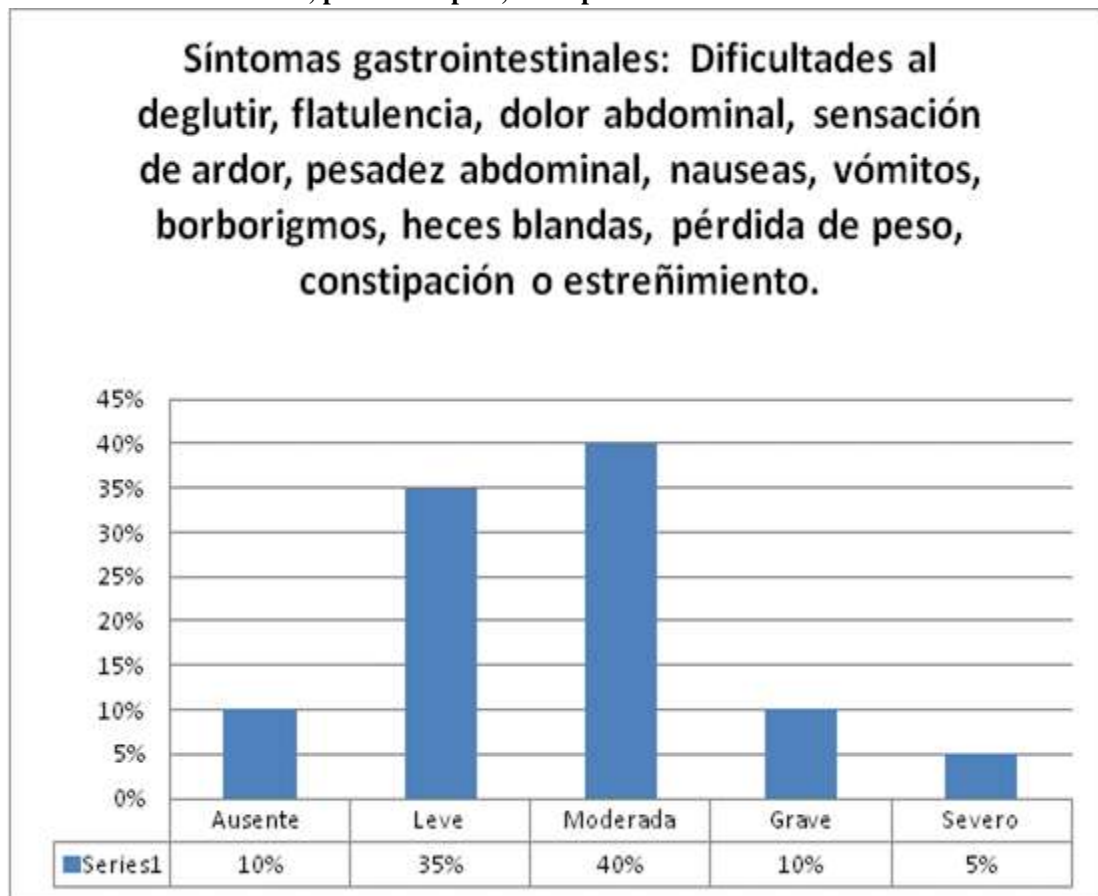
FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: Ortiz 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Síntomas gastrointestinales:** Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación o estreñimiento.” respondieron, Ausente, 2 (10%) Leve, 7 (35%) Moderada, 8 (40%) Grave, 2 (10%) Severo, 1 (5%).

**Gráfico 13: Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación o estreñimiento.**



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

El test arroja que los familiares cuidadores presentan con mayor intensidad síntomas gastrointestinales, mismos que se manifiestan con dificultades al deglutir, dolor abdominal, náuseas sensación de vómitos, ligera pérdida de peso, ardor estomacal. Es decir, existe dificultad en el desarrollo personal por agotamiento o presencia de síntomas somáticos.

**12. Síntomas genitourinarios:** Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.

<b>Estadísticos</b>		
<b>N</b>	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 14: Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	11	55%	55%
<b>Leve</b>	6	30%	85%
<b>Moderada</b>	1	5%	90%
<b>Grave</b>	2	10%	100%
<b>Severo</b>	0	0%	100%
	20	100%	

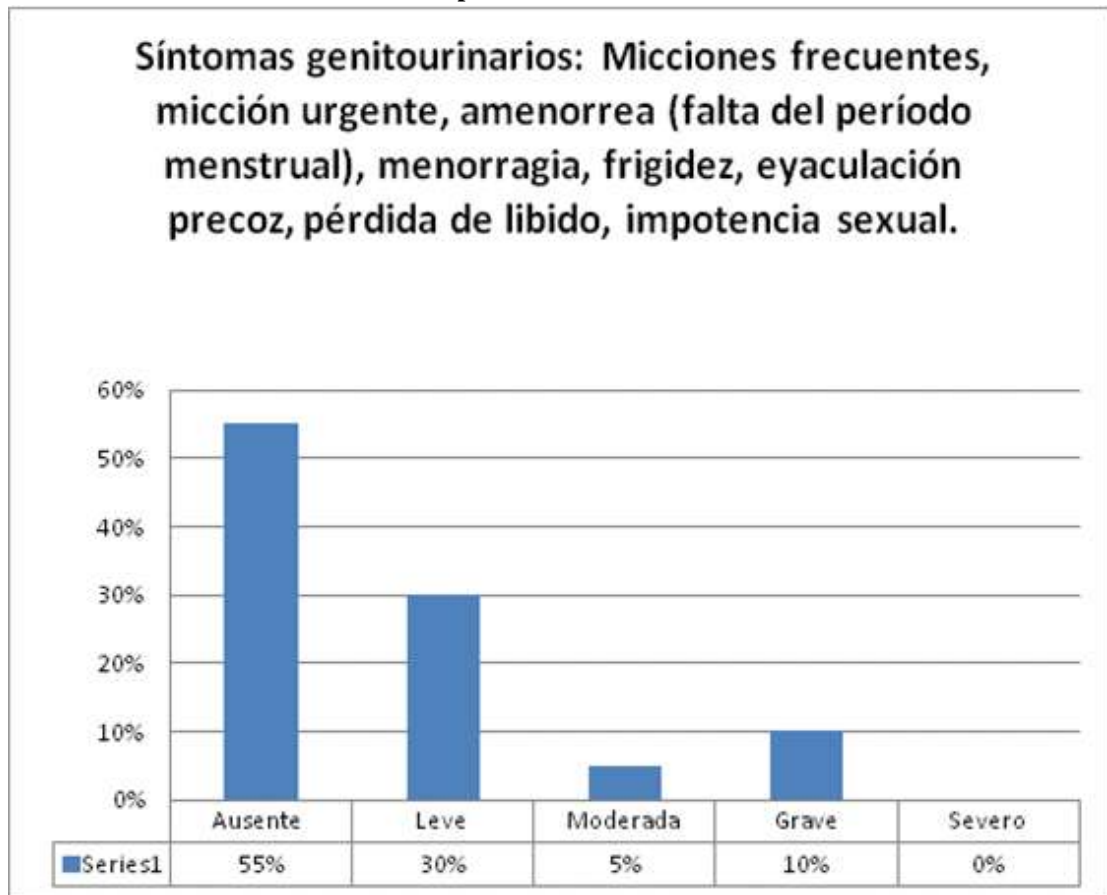
FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Síntomas genitourinarios:** Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.” respondieron, Ausente, 11 (55%) Leve, 6 (30%) Moderada, 1 (5%) Grave, 2 (10%) Severo, 0 (0%).

**Gráfico 14: Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.**



FUENTE: TEST HAMILTON  
 AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

La mayor parte de los familiares cuidadores no presentan síntomas genitourinarios como micciones frecuentes, amenorreas, impotencia sexual.

**13. Síntomas del sistema nervioso autónomo:** Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).

Estadísticos		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 15: Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	0	0%	0%
<b>Leve</b>	6	30%	30%
<b>Moderada</b>	6	30%	60%
<b>Grave</b>	7	35%	95%
<b>Severo</b>	1	5%	100%
	20	100%	

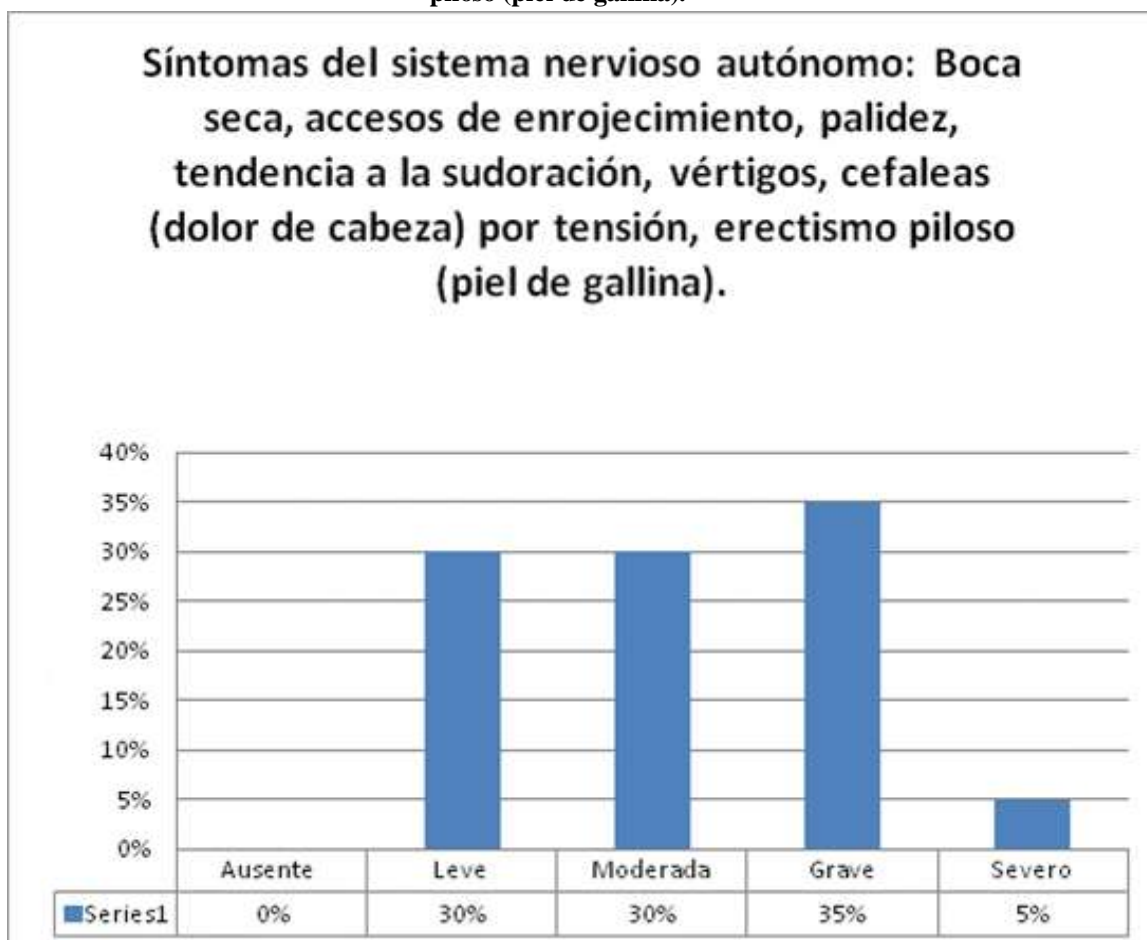
FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Síntomas del sistema nervioso autónomo:** Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).” respondieron, Ausente, 0 (0%) Leve, 6 (30%) Moderada, 6 (30%) Grave, 7 (35%) Severo, 1 (5%).

**Gráfico 15: Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).**



FUENTE: TEST HAMILTON  
 AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

La respuesta que han repercutido con mayor énfasis en los familiares cuidadores son síntomas como boca seca, cefaleas por tensión debido a la presencia de síntomas somáticos presentando también vértigo, hiperhidrosis, todos ellos relacionados con síntomas del sistema nervioso autónomo.

**14. Conducta en el transcurso del test:** Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.

Estadísticos		
N	Válidos	20
	Perdidos	0

**Tabla 16: Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.**

	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
<b>Ausente</b>	1	5%	5%
<b>Leve</b>	9	45%	50%
<b>Moderada</b>	10	50%	100%
<b>Grave</b>	0	0%	100%
<b>Severo</b>	0	0%	100%
	20	100%	

FUENTE: TEST HAMILTON

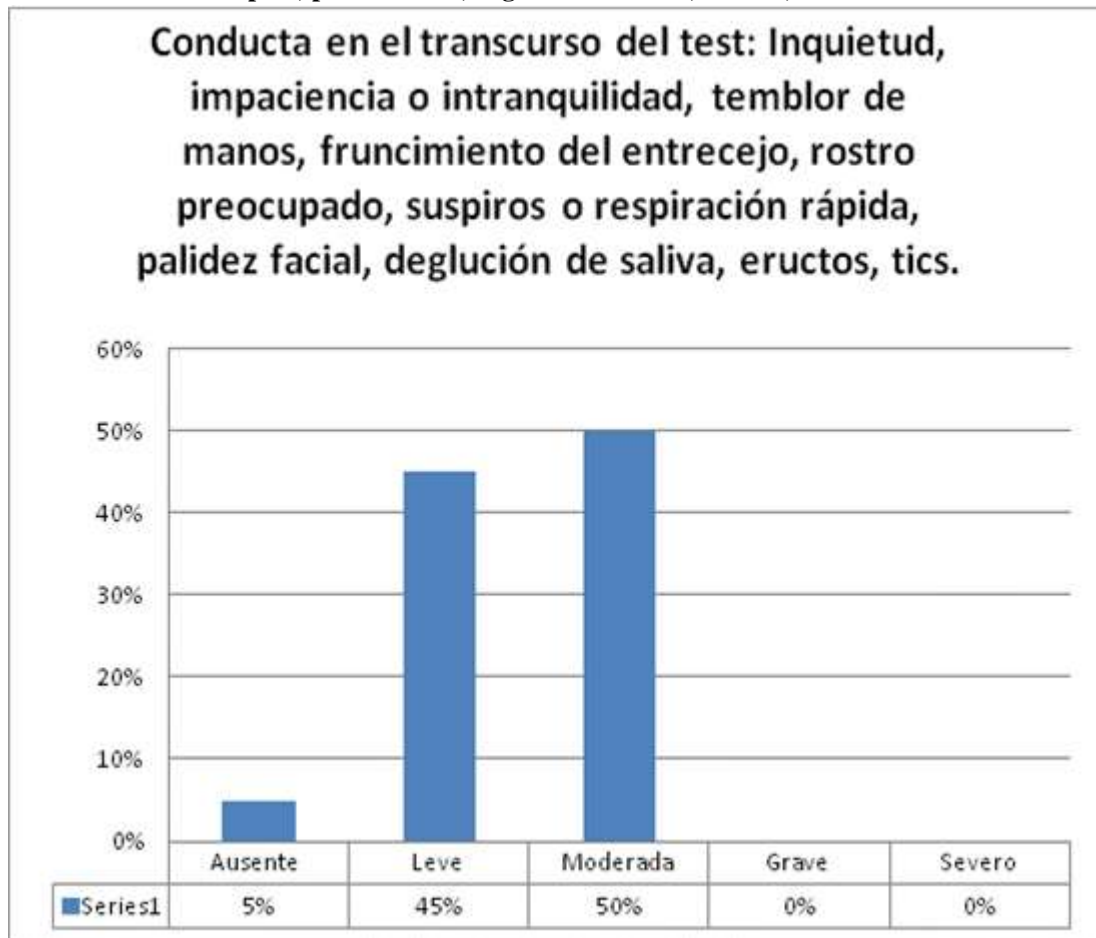
AUTOR: ORTIZ 2014

### **Análisis Cuantitativo**

De los 20 familiares evaluados con respecto a “**Conducta en el transcurso del test:** Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.” respondieron, Ausente, 1 (5%) Leve, 9 (45%) Moderada, 10 (50%) Grave, 0 (0%) Severo, 0 (0%)



**Gráfico 16: Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.**



FUENTE: TEST HAMILTON  
 AUTOR: ORTIZ 2014

### **Interpretación**

La mayoría de los familiares cuidadores presentaron temblor en sus manos, rostro preocupado, respiración rápida, intranquilos, hiperhidrosis al momento de la toma del test.

## 4.2. Análisis e Interpretación De La Variable Independiente

### 4.2.1 Secuelas en el Área de Lenguaje

Tabla 17: Secuelas de Lenguaje

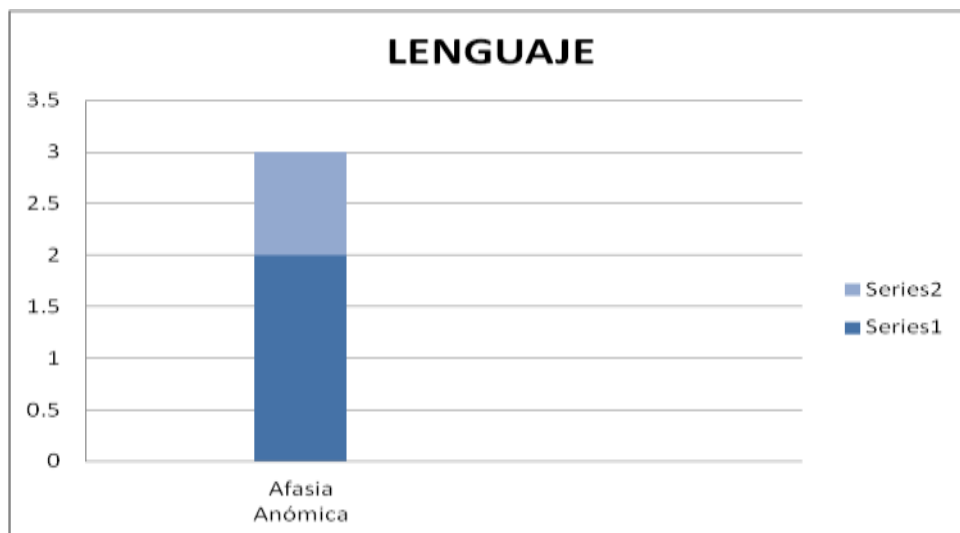
SECUELAS	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
Afasia Anómica	2	100%	100%

AUTOR: ANGEL ORTIZ

#### Análisis Cuantitativo

De los 20 pacientes evaluados con respecto a secuelas neuropsicológicas en el área de lenguaje, corresponde a 2 pacientes que equivale al 100% de la muestra total, que presentan Afasia Anómica.

Gráfico 17: Secuelas en Lenguaje



FUENTE: TEST HAMILTON  
AUTOR: ORTIZ 2014

#### Interpretación:

Los pacientes con TCE moderado presentan secuelas neuropsicológicas en la función cognitiva de lenguaje presentando particularmente afasia anómica en el cual los pacientes tienen dificultad en la iniciativa para hablar.

#### 4.2.2 Secuelas en el Área de Atención

Tabla 18: Secuelas en Atención

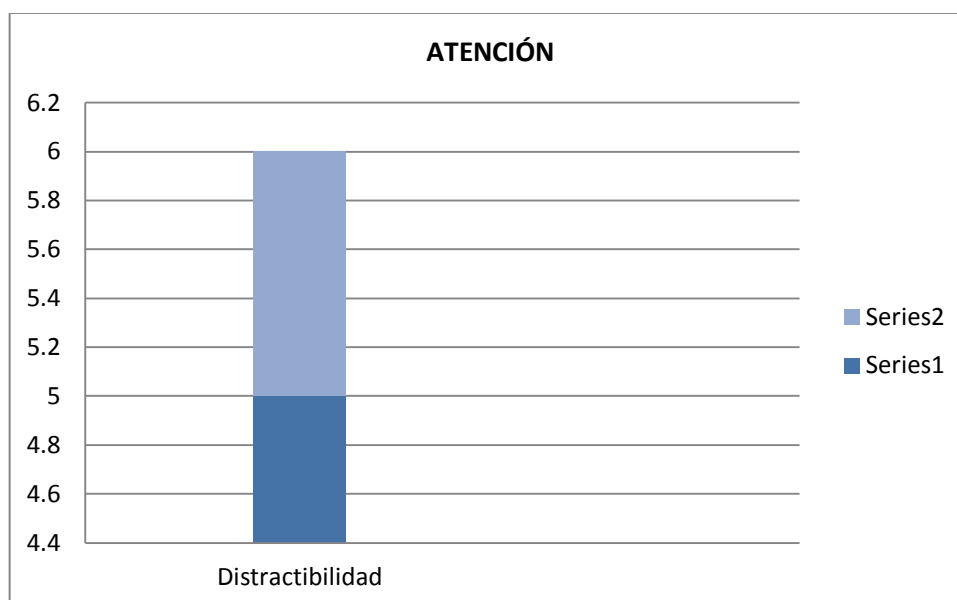
SECUELAS	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
Distractibilidad	5	100%	100%

AUTOR: ORTIZ

#### Análisis Cuantitativo

De los 20 pacientes evaluados con respecto a secuelas neuropsicológicas en el área de atención, corresponde a 5pacientes que equivale al 100% de la muestra total, que presentan Distractibilidad.

Gráfico 18: Secuelas en Atención



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

#### Interpretación:

Los pacientes con TCE moderado presentan secuelas neuropsicológicas en la función cognitiva de atención presentando particularmente distractibilidad la cual hace que los pacientes no mantengan fijo determinados temas mas bien oscilan o su atención se desvía.

### 4.2.3 Secuelas en el Área de Memoria

Tabla 19: Secuelas en Memoria

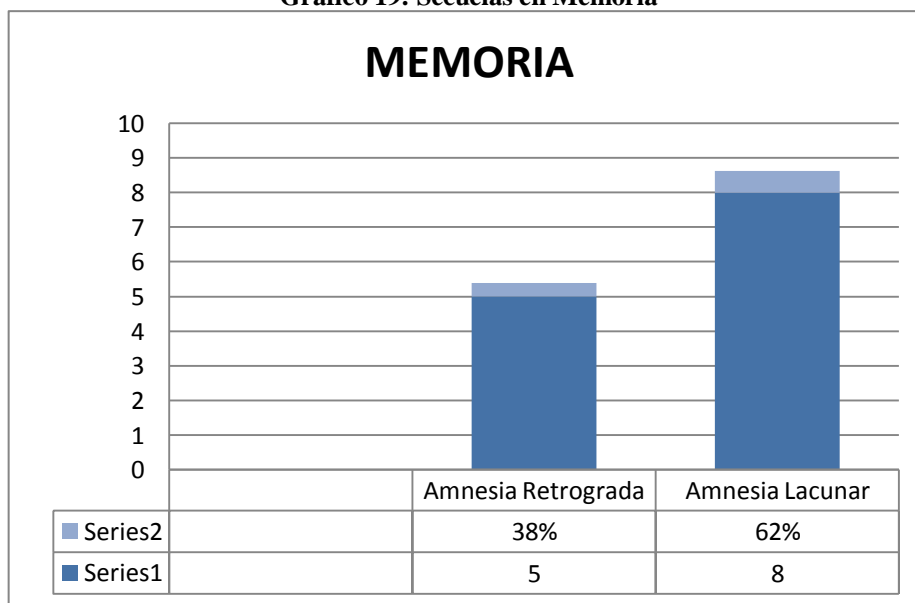
SECUELAS	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
Amnesia Retrograda	5	38%	38% %
Amnesia Lacunar	8	62%	100%

AUTOR: ORTIZ 2014

#### Análisis Cuantitativo

De los 20 pacientes evaluados con respecto a secuelas neuropsicológicas en el área de memoria, corresponde a 5 pacientes que equivale al 38% de la muestra total, que presentan amnesia retrograda y 8 pacientes que equivale al 62% presentan amnesia lacunar.

Gráfico 19: Secuelas en Memoria



FUENTE: TEST HAMILTON  
 AUTOR: ORTIZ 2014

#### Interpretación:

Los pacientes con TCE moderado presentan secuelas neuropsicológicas en la función cognitiva de memoria presentando particularmente amnesia retrograda en la cual se ve afectada la capacidad para recordar con detalles eventos previos al traumatismo, y amnesia lacunar en la que de la misma manera los pacientes muestran dificultad para evocar ideas en cierto tiempo determinado.

### 4.3 Resumen de Resultados Muestra Total

#### 4.3.1 Resultados Muestra Total Ansiedad

Tabla 20: Tabla total ansiedad del familiar cuidador

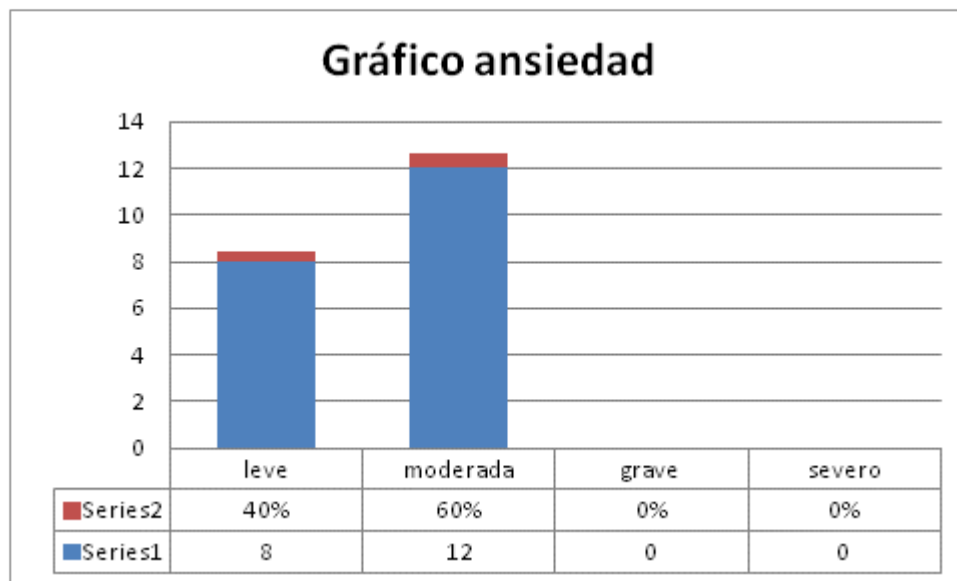
Ausente	0	0%	0%
Leve	8	40%	40%
Moderada	12	60%	100%
Grave	0	0%	100%
Severo	0	0%	100%
	20	100%	

AUTOR: ORTIZ 2014

#### Análisis Cuantitativo

En cuanto al total de la población evaluada sobre la ansiedad en el familiar 8 (25%) presentan ansiedad leve, 12 (60%) presenta ansiedad moderada.

Gráfico 20: Total ansiedad en el familiar cuidador



FUENTE: TEST HAMILTON

AUTOR: ORTIZ 2014

#### Interpretación

La mayor parte de los familiares cuidadores presentan ansiedad moderada debido a que existe preocupación insistente, inquietud, angustia, desesperación por conocer la situación actual de su familiar hospitalizado, destacando o presentando así síntomas psíquicos y somáticos. Es decir, el individuo se siente paralizado con

un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico.

#### 4.3.2 Resultados Muestra Total Secuelas Neuropsicológicas

**Tabla 21: Tabla total secuelas neuropsicológicas**

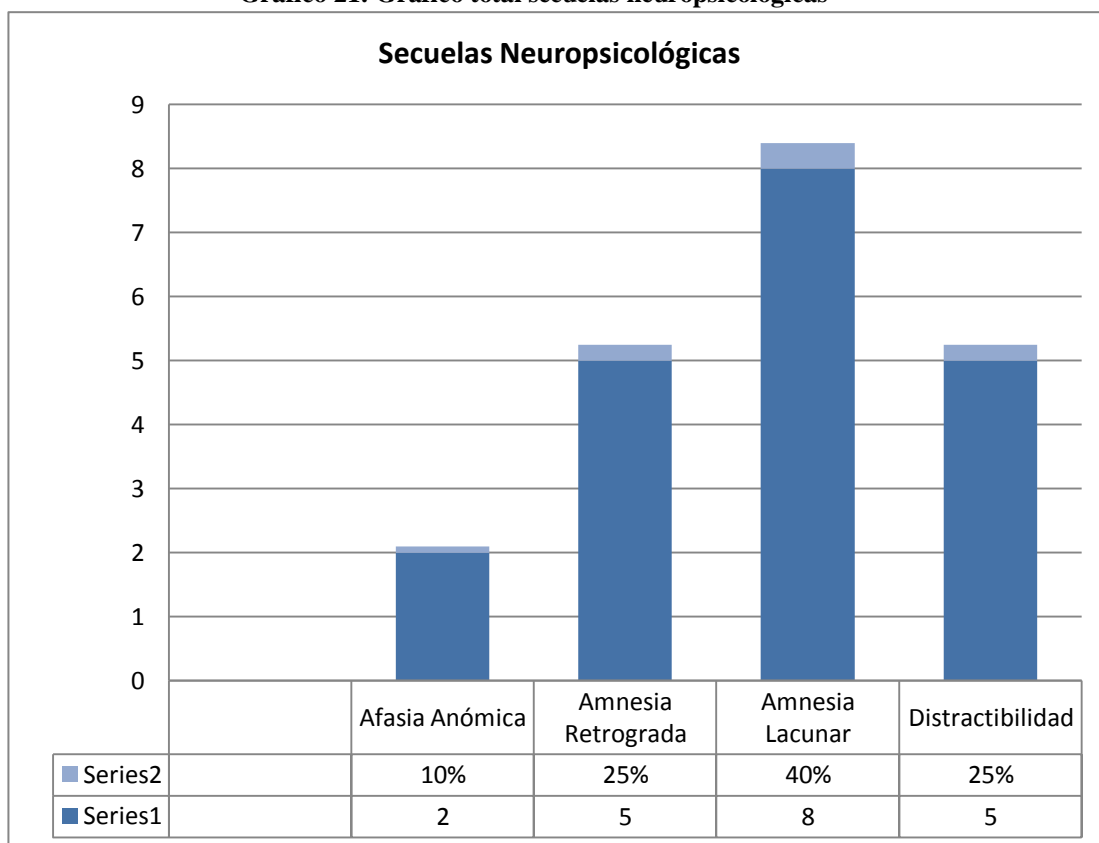
Función Cognitiva	Secuelas Neuropsicológicas	VALORES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA
Lenguaje	Afasia Anómica	2	10%	10%
Atención	Distractibilidad	5	25%	35%
Memoria	Amnesia Retrograda	5	25%	60%
	Amnesia Lacunar	8	40%	100%

AUTOR: ORTIZ 2014

#### Análisis Cuantitativo

En cuanto al total de la población evaluada sobre secuelas neuropsicológicas 2 (10%) presentan secuelas en la función de lenguaje presentando afasia anómica, 5 (25%) presentan secuelas en la función de Atención denotando distractibilidad, 5 (25%) presentan secuelas en la función memoria presentando amnesia retrograda y 8 (40%) amnesia lacunar.

**Gráfico 21: Gráfico total secuelas neuropsicológicas**



FUENTE: TEST HAMILTON  
 AUTOR: ORTIZ 2014

**Interpretación:**

La mayor parte de los pacientes evaluados presentan secuelas neuropsicológicas en la función de memoria presentando amnesia retrograda y amnesia lacunar por lo que tienen dificultades para recordar situaciones cotidianas lo que hace que no se desenvuelva correctamente en su vida cotidiana teniendo problemas en el ámbito personal y social.

#### **4.4 Relación entre ansiedad del familiar cuidador con las secuelas del paciente con TCE moderado**

Se evaluaron a 5 pacientes con secuelas en la función memoria los cuales presentaron amnesia retrograda por lo que sus familiares cuidadores presentaron 4 con ansiedad moderada y 1 con ansiedad leve.

Dentro de la función memoria igualmente se encontró 8 pacientes con amnesia lacunar por lo que sus familiares cuidadores presentaron 5 con ansiedad moderada y 3 con ansiedad leve

Se evaluó a 2 pacientes en la función lenguaje presentando afasia anómica por lo que sus familiares cuidadores presentaron 1 ansiedad leve y 1 ansiedad moderada respectivamente.

Se evaluó a 5 pacientes en la función atención presentando distractibilidad por los cuales sus familiares cuidadores mostraron 2 ansiedad leve y 3 ansiedad moderada.

#### **4.5 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS**

El método estadístico para comprobar las hipótesis fue Chi-cuadrado( $x^2$ ) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del instrumento administrado y medir la relación que existe entre las dos variables de las hipótesis en estudio.



## Resultados de los Test

Personas	Secuelas	Ansiedad
1	Amnesia Retrograda	Ansiedad Moderada
2	Amnesia Lacunar	Ansiedad Moderada
3	Amnesia Lacunar	Ansiedad Moderada
4	Afasia Anómica	Ansiedad Moderada
5	Amnesia Retrograda	Ansiedad Moderada
6	Distractibilidad	Ansiedad Leve
7	Amnesia Lacunar	Ansiedad Moderada
8	Distractibilidad	Ansiedad Leve
9	Amnesia Retrograda	Ansiedad Moderada
10	Amnesia Retrograda	Ansiedad Moderada
11	Afasia Anómica	Ansiedad Leve
12	Distractibilidad	Ansiedad Moderada
13	Amnesia Lacunar	Ansiedad Moderada
14	Amnesia Retrograda	Ansiedad Leve
15	Distractibilidad	Ansiedad Moderada
16	Amnesia Lacunar	Ansiedad Moderada
17	Amnesia Lacunar	Ansiedad Leve
18	Distractibilidad	Ansiedad Moderada
19	Amnesia Lacunar	Ansiedad Leve
20	Amnesia Lacunar	Ansiedad Leve

### Modelo Lógico

Ho = El nivel de ansiedad del familiar cuidador NO dependerá de las secuelas neuropsicológicas que se presenten en un paciente con secuela neuropsicológica durante la hospitalización.

H1 = El nivel de ansiedad del familiar cuidador SI dependerá de las secuelas neuropsicológicas que se presenten en un paciente con secuela neuropsicológica durante la hospitalización.

### Nivel de Significación

El nivel de significación con el que se trabaja es del 0.05.

### Grados de libertad

$$gl = (r-1)(k-1)$$

$$gl = (2-1)(3-1)$$

$$gl = 2$$

### Prueba estadística

Para la verificación de la hipótesis he escogió la prueba del Chi Cuadrado cuya fórmula es la siguiente:

$$x^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$x^2$  = Chi cuadrado

$\sum$  = Sumatoria

$f_o$  = Frecuencias observadas

$f_e$  = Frecuencias esperada

### Frecuencia observada

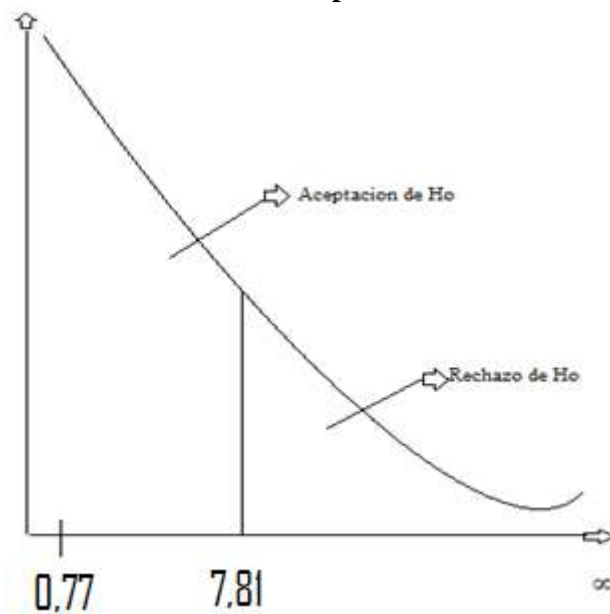
Tabla 22: Frecuencia Observada

		Secuelas				Total
		Amnesia Retrograda	Amnesia Lacunar	Distractibilidad	Afasia Anómica	
Ansiedad	Leve	1	3	2	1	7
	Moderada	4	5	3	1	13
Total		5	8	5	2	20

## Comprobación de CHI 2

$f_o$	$f_e = \frac{f_r f_k}{n}$	$(f_o - f_e)^2$	$x^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$
1	1,75	0,56	0,32
4	3,25	0,56	0,17
3	2,80	0,04	0,01
5	5,20	0,04	0,01
2	1,75	0,06	0,04
3	3,25	0,06	0,02
1	0,70	0,09	0,13
1	1,30	0,09	0,07
			0,77

Gráfico 22: Campana de Gaus



### Conclusión:

El valor obtenido para el estadístico de prueba es 0,77; que es menor que el valor crítico requerido 7,81. Por tanto, se acepta la hipótesis nula de la no dependencia para un nivel de significancia del 0,05.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- Se pudo notar que en los pacientes “familiares cuidadores” existe un mayor índice de ansiedad moderada con un porcentaje del 60%.
- Se pudo evidenciar que en los pacientes con secuelas neuropsicológicas de los TCE moderados, la mayoría de lesiones o efectos son a nivel de memoria presentando amnesia retrograda y amnesia lacunar con un porcentaje del 65%.
- Se evidencia que no existe relación directa entre las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE moderado y la ansiedad del familiar cuidador realizada la prueba de Chi-cuadrado.

#### **5.2 RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a los familiares cuidadores seguir procesos de psicoterapia con el fin de desinhibir los niveles de ansiedad y mejorar su estilo de vida.
- A los pacientes con secuelas neuropsicológicas se recomienda que acudan a rehabilitación neuropsicológica con la intención de mejorar su estado psíquico y corporal.
- Se recomienda la creación de un plan psicoterapéutico dirigido a los familiares cuidadores para mejorar su estado de ansiedad.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

##### **6.1.1 Título**

Crear un plan psicoterapéutico dirigido a los familiares cuidadores para mejorar sus niveles de ansiedad.

##### **6.1.2 Institución Ejecutora**

- Hospital Provincial Docente Ambato

##### **6.1.3 Beneficiarios**

Familiares cuidadores los cuales acuden a diario a los diferentes servicios del HPDA

##### **6.1.4 Ubicación**

- Hospital Provincial Docente Ambato

##### **6.1.5 Tiempo estimado para la Ejecución**

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que estará de manera constante, en permanente modificación, para poder valorar el impacto que presente.

##### **6.1.6 Equipo Técnico Responsable:**

Ministerio de salud pública, el autor, (mi persona) y Tutor Lic. Rafael Álvarez de la presente investigación, y los psicólogos clínicos que se desempeñen en esta institución.

### **6.1.7 Costo:**

La propuesta no tiene un costo definido, ya que dependerá de los especialistas que intermediarán, en el diseño de la propuesta, en la realización de terapias psicológicas, en conferencias, que se repartirán a todos los familiares cuidadores que participen en este proyecto.

## **6.2 ANTECEDENTE DE LA PROPUESTA.**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la investigación realizada; se observa que en los pacientes “familiares cuidadores” existe un mayor índice de ansiedad moderada con un porcentaje del 60%.

De igual forma, se evidencia que en los pacientes con secuelas neuropsicológicas de los TCE moderados, la mayoría de lesiones o efectos son a nivel de memoria con un porcentaje del 65%.

De acuerdo con los corolarios de los test aplicados, Se evidencia que no existe relación directa entre las secuelas neuropsicológicas de los pacientes con TCE moderado y la ansiedad del familiar cuidador realizada la prueba de Chi-cuadrado.

## **6.3 OBJETIVOS**

### **6.3.1 Objetivo General**

- Establecer un proceso psicoterapéutico dirigido a los familiares cuidadores para mejorar su estado de ansiedad.

### **6.3.2 Objetivos Específicos**

- Mejorar los niveles de ansiedad en los familiares cuidadores.
- Desarrollar en los familiares cuidadores herramientas para el control de la ansiedad.

## **6.4 JUSTIFICACIÓN**

La investigación realizada en el área de neurocirugía del Hospital Provincial Docente Ambato, es una muestra real de este problema, notamos que la mayoría

de tiempo pasa el familiar cuidador en el hospital siempre con un rostro preocupado sin saber que hacer y a dónde acudir, observado cansancio físico, estrés, cansancio, depresión; el cual es descuidado completamente, por lo que no solo debe ser atendido solo el paciente si no también el familiar cuidador y es una alternativa que debe ser tomada en cuenta para superar esta problemática.

## **6.5 FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA**

### **6.5.1 Técnica Cognitiva Conductual**

Thims (2007), menciona que es una técnica muy utilizada para manejar estados de ansiedad, pánico, mejorando la forma de pensar (cognitivo) y de actuar (conductual) tomando en cuenta principalmente el aquí y el ahora.

La terapia cognitiva conductual hace relevancia en los pensamientos que producen los individuos sobre las emociones, para ello es muy notable notar que en el proceso de tratamiento lo que hace hincapié es cambiar esas creencias irracionales por nuevos pensamientos. Dentro de la terapia cognitiva conductual se la puede establecer en tres pasos, siendo así el primero el tratar de elaborar supuestos sobre la demanda del paciente, como segundo paso la aplicación misma de las técnicas de la terapia como son las diferentes estrategias que se le presentan como futura solución al paciente y el tercer paso resalta sobre la evaluación de las técnicas aplicadas.

La terapia cognitivo - conductual favorece a las personas con ataques de pánico y a las personas con fobia social a cambiar esa creencia irracional de que las demás personas las están observando, para ello es importante utilizar las técnicas adecuadas a los diferentes síntomas que presentan los pacientes con un 90% de validez para su recuperación. (Minci, Ariel; Ribadeneira, Carmela; Dahab, José, 2001) .

National Institute of Mental Health (2008), mencionan que “La terapia cognitivo conductual se lleva a cabo cuando las personas deciden que están preparadas para ello, con su autorización y cooperación”. La terapia cognitivo conductual puede durar cerca de 12 semanas, se la utiliza individual o grupalmente, si el trastorno es

grave o severo se puede acompañar a la terapia con psicofármacos previamente recetados por el médico tratante.

## **6.5.2 Técnicas conductuales**

### **6.5.2.1 Valoración en la escala USA**

Con esta técnica podemos situar a lo que más causa ansiedad con un parámetro del 1 al 10 situando primero lo que más le provoca ansiedad.

### **6.5.2.2 Relajación Muscular Progresiva**

Es una técnica muy utilizada para la relajación tanto de la mente como del cuerpo, que viene incluida de frases para el alivio psíquico

Se la puede utilizar en el alivio de ansiedad situacional, en fobias en ansiedad por relaciones interpersonales y trastornos del sueño. Este tipo de relajación puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco debido a que actúa reduciendo la presión arterial y el pulso y sobre todo sin tener efectos secundarios del fármaco.

Principalmente se trabaja en los siguientes aspectos:

- Brazos
- Pecho
- Estomago
- Cintura
- Piernas
- Cara (incluye ojos, luego nariz, luego boca)
- Cuelo
- Hombros.



### **6.5.2.3 Autoinstrucciones**

Las Autoinstrucciones son frases o pensamientos que las personas utilizan cuando ocurre algo malo, estas palabras que se dicen a uno mismo ayuda a conseguir nuevas metas, o a frenar comportamientos que no estén de acorde y sobre todo con el objetivo principal de modificarlos, son técnicas especializadas para controlar la ira, el dolor, ante frustraciones o momentos depresivos.

Minci, Ariel; Ribadeneira, Carmela; Dahab, José (2001), mencionan que “El entrenamiento en Autoinstrucciones inicia como la mayoría de los procedimientos en TCC, es la psicoeducación”. La meta no es cambiar la vida del paciente, más bien el aportar en la solución de problemas.

### **6.5.2.4 Autocontrol**

El autocontrol es una técnica eficaz que ayuda principalmente al control de las emisiones, abarcando sentimientos y pensamientos, al igual que las demás técnicas puede incluir respiración profunda que ayuda a combatir situaciones emocionales de alto índice identificando el pensamiento que le genera ansiedad logrando así cambiar pensamientos negativos por positivos.

## 6.7 METODOLOGÍA- MODELO OPERATIVO.

<b>OBJETIVOS</b>
Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas Determinar lo que provoca ansiedad Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad
<b>ESTRATEGIAS</b>
Valoración en la escala USA. Relajación muscular progresiva. Autoinstrucciones. Autocontrol.
<b>APLICACIÓN</b> Individual
<b>CONTENIDO DE LAS SESIONES</b>
Sesión 1: Entrevista clínica, empatía, escucha activa, hacer un breve resumen de la demanda del paciente. Sesión 2: Creación de una jerarquía de las situaciones que generan ansiedad Sesión 3 y 4: Entrenamiento en relajación muscular progresiva Sesión 5: Perfeccionamiento de estrategias de afrontamiento a la ansiedad. Sesión 6: Ejercicios de autoevaluación y autorrefuerzo. Sesión 7: Intentar afrontar aquello que le preocupa de la manera más directa posible, planteándolo como una especie de experimento para comprobar la veracidad de las preocupaciones. Sesión 8: Manejo de nuevas alternativas positivas mediante las Autoinstrucciones Sesión 9 y 10: Afianzar características positivas del paciente.

## 6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

### Recursos institucionales

Hospital Provincial Docente Ambato

Universidad Técnica de Ambato

### Recursos humanos:









Coordinador: Angel Ortiz

Tutor: Lic. Rafel Álvarez

## 6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
¿Quiénes solicitan evaluar?	Investigador: Angel Ortiz
¿Para qué evaluar?	Para establecer si los objetivos y metas establecidos se han cumplido de manera satisfactoria.
¿Qué evaluar?	Se evaluará la metodología utilizada, las metas establecidas a corto y mediano plazo, las principales actividades implementadas, el conocimiento referido sobre el Plan implementado.
¿Quién evalúa?	Angel Ortiz
¿Cuándo evaluar?	Enero
¿Cómo evaluar?	Mediante una investigación sobre la ejecución del proyecto con: Observación Técnicas
¿Con qué evaluar?	Con los instrumentos para la investigación: Test estandarizados.

### 6.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SESIÓN I												
SESIÓN II												
SESIÓN III Y IV												
SESIÓN V												
SESIÓN VI												
SESIÓN VII												
SESIÓN VIII												
SESIÓN IX Y X												

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Abril, Victor. (2010). Metodología de la Investigación.
- Arias, Y. (2002). Consecuencias neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. Habana, Cuba.
- Bohórquez de Figueroa, A. Z. (2012). Afrontamiento familiar frente a las secuelas. Ciencia y Cuidado, 80-85.
- Carver, C. S.-K. (1998). Concerns about aspects of body image and adjustment early stage breast cancer.
- Clemente, M., Risso, A., Heleno, S., & Gandoy, M. (2012). Depresión en los cuidadores familiares de enfermos. Revista PsiqueMag, 1-7.
- Creswell. (2005). Diseños del proceso de Investigación Cualitativa.
- Dueñas, Eliana; Martínez, María; Morales, Benjamin; Muñoz, Claudia; Viáfra, Ana Sofía; Herrera, Julián. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. SCIELO, 107-111.
- Finger, A. (1992). secuelas neuropsicologicas de los pacientes con TCE.
- García, J., Lara, J., & Berthier, M. (2011). Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's. International Journal of Psychiatry in Medicine, 57-69.
- García-Peña, M., & Sánchez-Cabeza, A. (2004). Alteraciones perceptivas y prácticas en pacientes con traumatismo craneoencefálico: relevancia en las actividades de la vida diaria. Revista de Neurología, 38(8), 775-784.

- González, M., Pueyo, R., & Serra, J. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Anales de Psicología*, 303-316.
- Hamm RJ, Dixon CE, Gbadebo DM, Singha AK, Jenkins LW, Lyeth BG, et al. (1992). Cognitive deficits following traumatic brain injury produced controlled cortical impact. *J Neurotrauma*, 11-20.
- Herrera, L., Medina, A., & Naranjo, G. (2004). Tutoría de la Investigación Científica. Ambato, Tungurahua.
- Herreras, E. B. (2007). Análisis de la estructura factorial de la batería luria-dna en estudiantes universitarios. *Psicodidáctica*, 143-152.
- Junqué, C. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos.
- Kerkhoff, G. (2000). Planificación de un programa de rehabilitación neuropsicológica. España.
- Levin, & Rubin. (1996). *Estadística Descriptiva*.
- Machuca, Madrazo, Rodríguez y Dominguez. (2002). Planificación de un programa de rehabilitación neuropsicológica. España.
- Martinez, Robles, Ramos, Santiesteban, Gracia, Morales y Garcia. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 23-29.
- McGraw-Hill. (2002). *Principles of human neuropsychology*. Boston, EEUU.
- Mertens. (2005). *Diseños Cualitativos de Investigación*.
- Minci, A. (Julio de 2001). Que es la terapia cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*.
- Minci, Ariel; Ribadeneira, Carmela; Dahab, José. (Julio de 2001). Que es la terapia cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*.

- Paz, F. (2010). Predictores de Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*.
- Peña, J. (2004). Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias.
- Portellano. (2007). *Neuropsicología*.
- Quijano, A., & Cuervo. (2010). Alteraciones Cognitivas, Emocionales y Comportamentales en pacientes con TCE. Cali, Colombia.
- Ramirez del Castillo, A., Morales, V., Vásquez, F., & Sanchez. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social.*, 485-494.
- Riós-Romenets, S., Castaño-Monsalve, B., & Bernabeu-Guitart, M. (2007). Farmacoterapia de las secuelas cognitivas secundarias a traumatismo craneoencefálico. *Rev. Neurol*, 45(9), 563-70.
- Tabaddor K, Mattis S, Zazula T. (1984). Cognitive sequelae and recovery course after moderate and severe head injury. *Neurosurgery*, 701-8.
- Teasell, St Josephs Health Care, Murie. (s.f.). Traumatismo craneoencefálico basado en la evidencia. Navarra, España.
- Thims, P. (2007). Royal College of Psychiatrists. La terapia cognitivo- conductual (tcc).
- Torrealba, W., & Yépez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Upel. (2006). Manual de Trabajos de Grado de especializacion y Maestrias y Tesis Doctoral.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

EBRARY Moreno, P. Martín. Julio, C. (2010). *Dominar las crisis de ansiedad: una guía para pacientes*. España. Desclée de Brouwer. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10472950&p00=ansiedad>

EBRARY Schlatter, N. Javier. (2003). *La ansiedad: un enemigo sin rostro*. España. EUNSA. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10637363&p00=ANSIEDAD>

SPRINGER Koelfe W., Freud M., et al. Long-term follow up of children with head injuries-classified as “good recovery” using the Glasgow Outcome Scale: neurological, neuropsychological and magnetic resonance imaging results. *European Journal of Pediatrics*. 1997. Pp 230-235. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs004310050590>.

SPRINGER Camps Carlos, Martínez Natividad. (2002). Una nueva concepción de los cuidados paliativos en Oncología: los cuidados continuos y la integración de niveles. Recuperado de : <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02712825>

SPRINGER. León Jose, Domínguez María del Rosario, Barroso Juan, Murillo Francisco (2006). Epidemiology of Traumatic Brain Injury and Subarachnoid Hemorrhage. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11102-006-6041-5>



## ANEXO 1

### ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

Número de Cuestionario \_\_\_\_\_

Buenos días (tardes)

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis de pregrado en Psicología Clínica acerca de lo que es la ansiedad

Quisiéramos pedir su colaboración para que conteste algunas preguntas que llevarán poco tiempo. No hay preguntas comprometedoras. Al agradecerle su apoyo nos permitimos indicarle que la presente encuesta, es totalmente confidencial y anónima, y que sus resultados se darán a conocer únicamente en forma tabulada e impersonal.

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas e incorrectas.

P. 1. Edad del paciente					
	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Severo
2. Humos ansioso: inquietud, espero lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Tensión: sensación de tensión, tangibilidad, imposibilidadde relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Miedos: a la oscuridad, a la gente desconocida a quedarse sola, a los animales grandes, a las multitudes, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Funciones intelectuales: dificultad de concentración, mala memoria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Humor Deprimido: falta de interés, no disfruta de sus pasatiempos, despertarse más temprano de los esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. Síntoma somático muscular: dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Síntomas somáticos musculares: subido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de 'baja presión' o desmayo, arritmias.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Síntomas respiratorios: opresión o constricción en el torax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Síntoma gastrointestinal: dificultad al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, borbórigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación o estreñimiento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, ayaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Síntoma del sistema nervioso autónomo: boca seca, acceso de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, eructos pilosos (piel de gallina)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Conducta en el transcurso del test: inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, aructos, tics.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## ANEXO 2

### LURIA

#### ÁREA VISOESPACIAL

#### Subtest 1. Percepción visual

- 1 **G 12** Dígame las cosas que hay en este dibujo.  
Se muestra G 12: jarra  martillo  cuchillo  plancha
- 2 **G 13** ¿Qué cosas hay en este dibujo?  
Se muestra G 13: cubo, caldero  rastro  cepillo, brocha   
tijeras  hacha pequeña
- 3 **G 14** ¿Y en este dibujo?  
Se muestra G 14: cafetera, tetera  botella  tenedor   
plato  vaso
- 4 **G 15** ¿Cuántas veces se halla la figura b en la figura a?  
Se muestra G 15: si contesta 3, se penaliza y obtiene sólo un punto. Debe contestar 6 para obtener los dos puntos. Otra respuesta que no sea 3 ó 6 puntúa cero. El tiempo máximo para el ítem es de 20 segundos.
- 5 **G 16** ¿Qué figuras, de la 1 a la 4, se encuentran en el tablero?  
Se muestra G 16: figura 1 sí  figura 2 sí  figura 3 no  figura 4 no   
Se dan, como máximo, 30 segundos, y se conceden los dos puntos cuando contesta «sí» a las figuras 1 y 2. Cada error se penaliza con un punto.
- 6 **G 17** Mire esta tarjeta. Arriba hay un modelo al que le falta una parte. La parte correcta y completa bien el modelo se halla entre las seis de abajo. Señale esa parte con el dedo.  
Se muestra G 17, y la parte que se busca está arriba a la derecha   
Puntuación:  2 puntos por acierto entre 1 y 15 segundos.  
 1 punto por acierto entre 16 y 30 segundos.  
30 segundos es el tiempo máximo del ítem.  
No puntúa por error  o por invertir más de 30 segundos
- 7 **G 18** También tiene que buscar la parte que falta en esta tarjeta.  
Se muestra G 18, debiendo señalar abajo a la izquierda   
Puntuación:  2 puntos por acierto entre 1 y 15 segundos.  
 1 punto por acierto entre 16 y 30 segundos.  
30 segundos es el tiempo máximo del ítem.  
No puntúa por error  o por invertir más de 30 segundos
- 8 **G 19** Busque también la parte que falta aquí.  
Se muestra G 19, debiendo señalar abajo en el centro   
Puntuación:  2 puntos por acierto entre 1 y 15 segundos.  
 1 punto por acierto entre 16 y 30 segundos.  
30 segundos es el tiempo máximo del ítem.  
No puntúa por error  o por invertir más de 30 segundos

## ÁREA VISOESPACIAL

### Subtest 2. Orientación espacial

- 9 G 22 **Dígame las letras y números que están bien.**  
Se muestra G 22: B  K  E  4  5  9  6   
Este ítem vale 2 puntos. El sujeto debe responder señalando con el dedo. Cada error penaliza con un punto, siendo el tiempo máximo de respuesta de 30 segundos.
- Punt.  Vacil.
- 10 G 23-24 **Mire con atención estas figuras durante 8 segundos para dibujarlas después de que yo las retire. Debe dibujarlas con rapidez.**  
**HOJA SUJETO**  
Se muestran G 23 y G 24 durante 8 segundos y se retiran.  
Este ítem vale 4 puntos: 2 por cada figura reproducida correctamente. Se penaliza la falta de orientación en el triángulo  y la falta de orientación en la línea  en G 23. Se penaliza la mala orientación y posición en G 24
- Punt.  Vacil.
- 11 G 25 **Mire estas figuras y dibújelas después de que yo las retire.**  
**HOJA SUJETO**  
Se muestra G 25 durante 8 segundos. Puntúa un punto cada línea bien orientada y en la posición correspondiente. En este ítem se pueden obtener 4 puntos, y el tiempo máximo es de 20 segundos:  
línea superior       línea inferior izquierda   
línea inferior media       línea inferior derecha
- Punt.  Vacil.
- 12 G 26 **Dígame, lo más exactamente que pueda, qué hora es en estos relojes.**  
Se muestra G 26, y se responde de izquierda a derecha:  
1º 7,53     2º 5,09     3º 1,25     4º 10,35   
Se penalizará con un punto cada respuesta que no sea exacta o muy aproximada. La prueba se interrumpe pasados 40 segundos.
- Punt.  Vacil.
- 13 G 27 **¿Dónde estaría el Norte en esta brújula?  ¿Y el Este?  ¿Y el Oeste?**   
Se muestra G 27 y el sujeto señala con el dedo. Cada error resta un punto.
- Punt.  Vacil.
- 14 G 29-30 **Mire esta construcción y dígame cuántos bloques tiene. Se muestra G 29, y la respuesta es 15**   
**Esta otra, ¿cuántos tiene? Se muestra G 30, y la respuesta es 18**   
El tiempo de cada respuesta es de 20 segundos.
- Punt.  Vacil.
- 15 G 31-32 **Dígame cuántos bloques tiene esta construcción. Se muestra G 31, y la respuesta es 15**   
**Y esta otra, ¿cuántos tiene? Se muestra G 32, y la respuesta es 10**   
El tiempo de cada respuesta es de 20 segundos.
- Punt.  Vacil.
- 16 **HOJA SUJETO** **En esta hoja puede ver figuras con un círculo dentro. La tarea consiste en identificar qué figura con letra es la misma que la de su izquierda con número.**  
Con los dos primeros se practica y sirven de ejemplos para entender la tarea y ver que sólo una de las dos figuras propuestas es igual al modelo. Los ejemplos no puntúan. Un fallo en cualquiera de los dos ejercicios de cada línea hace perder el punto posible. Las respuestas correctas se encuentran entre paréntesis.  
EJEMPLO 1  (A); EJEMPLO 2  (C).  
1 punto: 3  (B); 4  (D); 5  (A); 6  (D); 7  (B); 8  (C); 9  (B); 10  (C)  
Tiempo global (en segundos)   
El tiempo, después de los ejemplos, será, como máximo de 90 segundos.
- Punt.  Vacil.

## PRUEBA DE ATENCIÓN

### Control atencional

17 Haga lo contrario que yo: si yo doy dos golpes dará usted uno, y si yo doy uno dará usted dos:

\* (2) \*\* (1) \*\* (1) \* (2)  (1 punto)

\*\* (1) \* (2) \*\* (1) \* (2)  (1 punto)

Por un error en la serie pierde ya el punto correspondiente a esa serie. Los golpes, cuando son dobles, se producen con los nudillos de una mano a un ritmo de los dos por segundo. La puntuación máxima es de 2 puntos para este ítem. No se repiten ni las instrucciones ni los golpes. Los golpes del examinador se expresan con asteriscos.

Punt.  Vacil.

18 Dígame lo contrario de lo que es. Por ejemplo, «dulce o amarga, el azúcar es ... amarga». ¿Entendido?

Grandes o pequeños, los elefantes son ...  (pequeños).

Frio o caliente, el hielo es .....  (caliente).

Pico o dientes, los perros tienen .....  (pico).

Maman o picotean, los pollos .....  (maman).

Lentas o rápidas, las tortugas son .....  (rápidas).

Nadan o vuelan, los pájaros .....  (nadan).

Puntuación:  6 puntos en total. Cada respuesta correcta obtiene un punto, que se pierde si se ha contestado mal aunque se corrija y después se diga bien. No se repite ninguna de las seis frases a completar. La lentitud excesiva en las respuestas se anotará como «Vacilación».

Punt.  Vacil.

19 Cuando yo diga «b», levante el brazo D, y cuando yo diga «p», levante el brazo I:

«p» (brazo I)

«b» (brazo D)

«b» (brazo D)

«p» (brazo I)

Puntuación:  2 puntos. Cada error resta 1 punto.

Punt.  Vacil.

20 Ahora, cuando yo diga «b», quiero que levante su brazo D, y cuando diga «p» no mueva las manos:

«b» (brazo D)

«p» (nada)

«p» (nada)

«b» (brazo D)

Puntuación:  2 puntos. Cada error resta 1 punto.

Punt.  Vacil.

21 Voy a decir palabras. Está atento, y a cada palabra que no tenga una «a», por ejemplo, «moto», dé un golpe en la mesa. No dé ningún golpe si la palabra tiene «a», por ejemplo, «fila». ¿Entendido?

vulgo\*  Eva  ruta  sitio\*  temblor\*  ave  neto\*

sable  bingo\*  dedo\*  renta  barco  sol\*  ninfa

flave  remo\*  aire  cinco\*  leño\*  sogá

Puntuación:  10 puntos en total. Resta un punto cada error de omisión de golpe, así como cada error de comisión, por golpe indebido. Las palabras se pronuncian con claridad, a un ritmo de una palabra cada 2 segundos o 2 segundos y medio. Se anota una cruz en cada palabra con error de respuesta. El sujeto no ha de estar viendo la lista ni las anotaciones de error.

Punt.  Vacil.

## ÁREA DEL LENGUAJE ORAL

### Subtest 3. Habla receptiva

22 Señale en usted por este orden: Ojo nariz oreja ojo nariz Otra vez: Ojo nariz oreja ojo nariz

Puntué un punto cada secuencia, y pierda ese punto la omisión de algún elemento o el cambio de orden. Se pronuncia la secuencia a dos palabras por segundo.

**Punt.**   
**Vacil.**

23 Señale ahora: Su entrecejo  Su mentón  Su rótula

Cualquier fallo resta uno de los 3 puntos del ítem. Si come rápidamente y con claridad, sólo se anota «Vacilación».

**Punt.**   
**Vacil.**

24 H 7-25 Se colocan sobre la mesa las 19 tarjetas H7 - H25 en esta posición:

Una vez que están dispuestas las tarjetas se dice al sujeto, procurando que no las manche: «Señale todas las tarjetas que tienen cosas de encender y apagar. Y avíseme cuando haya acabado. He dicho cosas de encender y apagar».

La respuesta correcta es H 12, H 14, H 17, H 24 y H 25, para obtener los 4 puntos del ítem. No penaliza ni suma puntos la elección de H 19 y H 23. Cada omisión de las indicadas, o inclusión de otras, van restando un punto por error. El sujeto señala las tarjetas y el examinador las va apartando en un montoncito. Hay 30 segundos de tiempo máximo.

7	12	17	22
8	13	18	23
9	14	19	24
10	15	20	25
11	16	21	

H 12  H 14  H 17  H 19  H 23  H 24  H 25

**Punt.**   
**Vacil.**

25 H 7-25 Con la misma disposición de tarjetas del ítem anterior, sin olvidar poner en su sitio las elegidas antes, se dice: «Ahora señale las que tienen cosas de escribir o ya escritas. Repito: «cosas de escribir o ya escritas».

La respuesta correcta es H 9, H 17, H 19 y H 20, para obtener los 4 puntos del ítem. No penaliza ni suma puntos la elección de H 16. Cada omisión de las indicadas, o inclusión de otras van restando un punto por error. El sujeto señala las tarjetas y el examinador las va apartando en un montoncito. Hay 30 segundos de tiempo máximo.

H 9  H 16  H 17  H 19  H 20

**Punt.**   
**Vacil.**

26 H 7-25 Con la misma disposición de tarjetas del ítem anterior, sin olvidar poner en su sitio las elegidas antes, se dice: «Vaya señalando la tarjeta donde está:

	Buena	Mala
la palmatoria (H 14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el fogón (H 24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el secafirmas (H 16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el mortero (H 13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el cálemo (H 17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación:  5 puntos si las cinco elecciones son buenas. El tiempo máximo para cada elección es de 10 segundos. Los errores en la elección se anotan con su número en la columna correspondiente que dice «Mala». Se recogen las 19 tarjetas y se retiran.

**Punt.**   
**Vacil.**

27 H 26-27 Aquí hay dos tarjetas, una gris y otra negra.

Si ahora es de noche, señale la tarjeta gris, pero si es de día señale la tarjeta negra.  (negra)

Fíjese bien: si ahora es de día y por la tarde señale la tarjeta menos clara  (negra), pero si es de noche o por la mañana señale la tarjeta menos oscura  (gris).

Si acierta esta segunda parte, se le pregunta: «Por qué ha señalado esa tarjeta»; la respuesta clara y correcta de lo pedido se prima con un punto más:

Así el ítem puede conceder hasta 3 puntos en total.

**Punt.**   
**Vacil.**

- 28 Encima de la mesa: un lápiz, una llave y un borrador.  
**HOJA SUJETO** -Señale al lápiz con la llave  (1 punto), y el borrador con el lápiz-  (1 punto).  
 -Pinte ahora, una cruz a la derecha de un círculo, pero a la izquierda de un triángulo-  (1 punto). **Punt.**  **Vacil.**   
 1 - 10"  (2 puntos) 11- 20"  (1 punto).
- 29 Escuche con atención y dígame:  
 ¿Qué niña es más rubia si Olga es más rubia que Kati, pero menos que Sonia?  (Sonia).  
 ¿Cuál de las tres es menos rubia?  (Kati). **Punt.**  **Vacil.**   
 Los aciertos, sin que cada respuesta supere los 10 segundos, conceden los dos puntos del ítem.
- 30 Si yo digo: «Desayuné después de hacer la cama y antes de llamar por teléfono»  
 ¿Qué fue lo primero que hice?  (Hacer la cama).  
 ¿Y lo segundo?  (Desayunar).  
 ¿Y lo último?  (Llamar por teléfono). **Punt.**  **Vacil.**   
 Un solo acierto de los tres otorga 1 punto; los tres, 2 puntos.
- 31 Escuche con atención:  
 «El niño que salió del hospital vino al colegio, cuando su amigo Javi estaba en clase, a ver al Director».  
 ¿Quién vino a ver al Director?  El niño que salió del hospital.  
 ¿Dónde estaba Javi?  En clase. **Punt.**  **Vacil.**   
 Los aciertos, sin superar los 10 segundos en cada respuesta, conceden los dos puntos del ítem.

## ÁREA DEL LENGUAJE ORAL

### Subtest 4. Habla expresiva

- 32 Repita las palabras que le digo:  
Cortaplumas  Rompehielos  Laborioso  Estreptomicina  Punt.  Vacil.   
La pronunciación no correcta de cada palabra resta 1 punto de los dos posibles del ítem.
- 33 Repita después de mí: «paz - flor - cruz - mes - sur»   
Y ahora en otro orden: «flor - sur - mes - cruz - paz»   
Se dicen las palabras a un ritmo de dos por segundo.  
En cada serie se pierde el punto por cualquier error. Máxima puntuación del ítem: 2 puntos. Punt.  Vacil.
- 34 Repita después de mí:  
«La casa se quema, la luna brilla, la niebla se extiende»  (1 punto).  
Ahora cambie el orden de las tres frases, de modo que la primera sea la última y la última la primera.  
Puntuación: Se conceden 2 puntos  a esta 2ª parte si la respuesta es exacta en 1-10 segundos; si en ese tiempo cambia correctamente el orden de las tres frases, pero sustituye una de las palabras, se le concede 1 punto . Así se pueden obtener 3 puntos en el total del ítem. Punt.  Vacil.
- 35 ¿En qué se parecen un lápiz, una regla y un borrador?  Son utensilios de escritura y dibujo.  
Si tarda más de 10 segundos en dar la respuesta, se penaliza con un punto, siendo 20 segundos el tiempo máximo que se concede al ítem. Una respuesta que indica categoría de los nombres es lo que se busca; puntuaría sólo un punto si es incompleta. La puntuación máxima del ítem es de 2 puntos.  
Categoría  Tiempo 1-10"  Punt.  Vacil.
- 36 J 22-24 ¿En qué se parecen los objetos de estas tres fotografías?  
J 22, plato; J 23, jarra; J 24, taza  (Son vajilla).  
Si tarda más de 10 segundos en dar la respuesta, se penaliza con un punto, siendo 20 segundos el tiempo máximo que se concede al ítem. Una respuesta que indica categoría de los nombres es lo que se busca; puntuaría sólo un punto si es incompleta. La puntuación máxima del ítem es de 2 puntos.  
Categoría  Tiempo 1-10"  Punt.  Vacil.
- 37 J 25-27 ¿Y los de estas otras tres?  
J 25, silla; J 26, mesa; J 27, armario  (Son muebles).  
Si tarda más de 10 segundos en dar la respuesta, se penaliza con un punto, siendo 20 segundos el tiempo máximo que se concede al ítem. Una respuesta que indica categoría de los nombres es lo que se busca; puntuaría sólo un punto si es incompleta. La puntuación máxima del ítem es de 2 puntos.  
Categoría  Tiempo 1-10"  Punt.  Vacil.
- 38 Dígame los días de la semana al revés, empezando por el «domingo». A ver, comience.  
Domingo  Sábado  Viernes  Jueves  Miércoles  Martes  Lunes   
Este ítem tiene 15 segundos de tiempo máximo; los errores restan 1 punto cada uno, de los dos que concede el ítem.  
Errores  Tiempo en segundos  Punt.  Vacil.
- 39 Dígame ahora, también al revés, los meses del año. A ver, comience por «diciembre».  
DIC  NOV  OCT  SEP  AGO  \* JUL   
JUN  MAY  ABR  MAR  FEB  ENE   
Este ítem tiene 30 segundos de tiempo máximo; cada error resta 1 punto de los 2 que concede el ítem.  
Errores  Tiempo en segundos  Punt.  Vacil.



## ÁREA DE LA MEMORIA

### Subtest 5. Memoria inmediata

**42 INSTRUCCIONES:** «Le voy a decir 10 palabras para que las aprenda. Recuerde las que pueda. ¡Atención!»

Las palabras se dicen una por segundo, y terminada la lista en cada ensayo de los 5 se dice:

«A ver cuántas recuerda».

Se anota con una cruz o aspa en el lugar de cada palabra recordada, sin que importe el orden.

Serial nº	Nivel de expectativa	Resultado real	Casa	Bosque	Gato	Noche	Mesa	Aguja	Pastel	Campesno	Puente	Cruz	ERRORES
1													
2													
3													
4													
5													

Resultado total (A)  Nivel de aspiración (B)   
 Puntuación máxima del ensayo 4 ó 5 (C)  Total de errores (D)

Quando ya no recuerde más del primer ensayo, se dice: «¿Cuántas cree que recordará si se las digo otra vez?»

Se apunta la respuesta exacta del sujeto, o su nivel de expectativa para el 2º ensayo. Si pregunta, se le dice las recordadas en el ensayo anterior. Esta misma pregunta se repite en el 2º, 3º, 4º y 5º ensayos.

(A) Total de palabras evocadas:

Menos de 35  0 puntos; 35 a 44  1 punto; 45 o más  2 puntos. Punt. Vacil.

**43 (B) Nivel de aspiración:**

1 punto, si la diferencia con el «resultado real» de los 4 últimos ensayos suma en total 3 ó 4; Punt. Vacil.    
 2 puntos, si el total de la diferencia no supera 2.

**44 (C) Palabras evocadas por ensayo:**

1 punto, si en uno de los dos últimos ensayos ha acertado 8 ó 9 palabras; Punt. Vacil.    
 2 puntos, si en algún ensayo -de los cinco- acierta las 10 palabras.

**45 (D) Errores:**  1 punto, si hay en total 2 ó 3 errores, (palabras dichas por el sujeto que no pertenecen a la lista de diez); Punt. Vacil.

2 puntos, si no existe ningún error o sólo uno.

**46 Repita los números que le digo y en el mismo orden:**

1ª SERIE 7 - 1 - 3 - 9 - 4  4 - 9 - 7 - 3 - 8 - 6

2ª SERIE 8 - 6 - 5 - 2 - 9  9 - 5 - 1 - 4 - 6 - 3

Se dicen a un número por segundo. Sólo pasaremos las segundas series si el sujeto fracasa en las primeras.

Se considera error cualquier fallo en número u orden. Al terminar cada serie se le dice:

**A ver repita los números que le dije:**

Series de cinco, 1ª ó 2ª, 1 punto  Series de seis, 1ª ó 2ª, 1 punto  Punt. Vacil.

- 47 **M 3-4** **Ahora mire con atención estas figuras (M 3) durante 5 segundos, y trate de recordarlas.**  
Se muestra la tarjeta el tiempo anunciado, se le pregunta a continuación: «¿Cuántas son 9 por 3, y 7 por 6, y 11 por 2?», y se le muestra a continuación M 4 diciendo:

**Digame si son diferentes en algo estas figuras de las de antes de las multiplicaciones.**

Si dice «diferentes», se le dice: «¿Qué cambia y qué no cambia?»

- Puntuación:  Ningún punto, si dice que son «iguales», o que son «diferentes» pero no sabe qué cambia, o dice que cambian una figuras por otras en forma o lugar.  
 1 punto, si dice que cambia el color de algunas figuras, sin más precisión.  
 2 puntos, si dice que cambian los colores de dos figuras, o los colores de las de la derecha.  
 3 puntos, si precisa dos de los tres colores en cuanto a cambio o permanencia, con su denominación.  
 4 puntos, si precisa el cambio y permanencia que afecta a los tres colores, con su denominación.

Punt.  Vacil.

- 48 **M 5** **Mire con atención esta tarjeta (M 5) durante 5 segundos. Cuando la retire deberá dibujar tantas figuras como recuerde. No importa que los dibujos no estén bien hechos.**

HOJA

SUJETO

Puntuación:  4 puntos, por reproducción completa de las 5 figuras entre 1-50 segundos.

Pierde 1 punto      por cada figura omitida; también pierde un punto si invierte entre 51-70 segundos. A los 70 segundos, en todo caso, se da por concluido el ítem.

Punt.  Vacil.

- 49 **M 6** **Mire con atención esta tarjeta durante 5 segundos. Después debe repetir en voz alta las palabras que estaban escritas.**

Se muestra M 6: casa  luna  calle  chico  agua .

Puntuación:  4 puntos, por evocación completa de las 5 palabras de la tarjeta; no importa el orden.

Cada omisión resta 1 punto, lo mismo que cada palabra dicha, y no corregida, que no estaba en la tarjeta.

Total de omisiones  adiciones   .

Punt.  Vacil.

Como máximo, a los 20 segundos se da por concluido el ítem.

- 50 **M 7** **Trate de recordar las palabras que digo ahora: «casa - árbol - gato - peña». Repítalas.**

Las palabras se han dicho una por segundo. Después de repetidas, se muestra M 7 y se dice:

**Mire esta tarjeta. ¿Qué se ve en ella?**

Pasados 30 segundos desde la repetición se le dice:

**¿Cuáles eran las palabras?**

Puntuación: 4 puntos, uno por cada palabra recordada de las cuatro.

Casa  Árbol  Gato  Peña

Otras posibles palabras sólo penalizan como «Vacilación».

Punt.  Vacil.

- 51 **Recuerde estas palabras: «pan - avión - sal». Y ahora estas otras: «noche - estufa - pastel».**

Se dicen una por segundo en los dos grupos.

**Repita las del primer grupo.** (Pan  Avión  Sal ).

**Repita las del segundo grupo.** (Noche  Estufa  Pastel ).

Puntuación: 2 puntos, uno por la repetición correcta de cada grupo, sin importar el orden dentro de cada grupo.

Punt.  Vacil.

- 52 **Ahora le voy a decir dos frases para que las recuerde:**

«El sol sale por el Este». Repítala usted.

«En mayo florecen los manzanos». Repítala.

¿Cuál era la primera frase?  ¿Y la segunda?

Puntuación: 2 puntos, uno por cada frase recordada correctamente. Se consideran correctas si conservan claramente el mensaje, aunque se cambie el orden de las palabras.

Punt.  Vacil.

53 **Atienda bien a estas órdenes que le doy porque no las repetiré. Cuando yo termine le diré que cumpla lo mandado.**  
**«Coja la moneda, guárdela en su bolsillo, déme el llavero, y después dígame dónde está la moneda».**  
 Encima de la mesa están una moneda de 5 pesetas (o similar) y un llavero. A ver, haga lo que le he dicho.  
 Puntuación:  4 puntos, uno por cada orden correctamente cumplida. El cambio en la secuencia temporal resta 1 punto.  
 El tiempo máximo del ítem es de 20 segundos.

Coger moneda	<input type="checkbox"/>		
Guardarla en bolsillo	<input type="checkbox"/>		
Dar llavero	<input type="checkbox"/>		
Decir lugar de moneda	<input type="checkbox"/>		

Punt.  Vacil.

Se retiran de la vista la moneda y el llavero.

54 **Le voy a leer una corta historia para que después me la repita.**  
**«La gallina de los huevos de oro: Un hombre tenía una gallina que ponía huevos de oro. Deseando conseguir más oro sin tener que esperar más tiempo mató la gallina. Pero no encontró nada dentro de ella: era igual que cualquier otra gallina».** A ver, repita la historia.

«Un hombre tenía una gallina...»	<input type="checkbox"/>		
«Deseando conseguir más oro...»	<input type="checkbox"/>		
«Mató la gallina sin esperar más tiempo...»	<input type="checkbox"/>		
«No encontró nada dentro...»	<input type="checkbox"/>		

Puntuación:  4 puntos, uno por cada contenido esencial de los indicados.  
 El tiempo máximo de respuesta para el ítem es de 40 segundos.

Punt.  Vacil.

55 **Dígame ahora las órdenes que le mandé cumplir antes con la moneda y el llavero.**  
 Puntuación:  4 puntos, uno por cada orden recordada. No penaliza alterar la secuencia.

Coger moneda	<input type="checkbox"/>		
Guardarla en bolsillo	<input type="checkbox"/>		
Dar llavero	<input type="checkbox"/>		
Decir lugar de moneda	<input type="checkbox"/>		

Punt.  Vacil.

El tiempo máximo del ítem es de 20 segundos.

## ÁREA DE LA MEMORIA

### Subtest 6. Memorización lógica

- 56 **M 10-19** Ahora le voy a enseñar algunas tarjetas. Para cada tarjeta digo una palabra que usted tiene que recordar. Por ejemplo, «energía» para esta tarjeta (M 10). Cuando le enseñe las tarjetas tiene que recordar para cada una su palabra.  
Se le presentan seguidas las 10 según su número a un ritmo de dos segundos por tarjeta.  
La división en tres partes se debe sólo a la corrección y puntuación.  
(M 10): energía  (M 11): empleo  (M 12): fiesta  (M 13): familia  Punt.  Vacil.
- 57 (M 14): proyecto  (M 15): polución  (M 16): desorden  Punt.  Vacil.
- 58 (M 17): fábrica  (M 18): vacaciones  (M 19): sabiduría   
Se pasan las tarjetas en el mismo orden para el recuerdo. Se concede un punto a cada acierto en el ítem 56, 57 y 58. Punt.  Vacil.
- 59 **M 20-29** Ahora va a escoger usted entre estas tarjetas la que le ayude a recordar la palabra «círculo». Las tarjetas están expuestas encima de la mesa, por orden y de izquierda a derecha del sujeto).  
¿Cuál escoge? Y ahora para otras palabras que tendrá que recordar al ver la tarjeta después.  
Círculo (M ) Artesanía (M ) Paz (M ) Ruina (M ) Punt.  Vacil.
- 60 Amistad (M ) Curiosidad (M ) Frio (M )  
Se van retirando de la exposición por orden y vueltas hacia abajo las tarjetas elegidas, al tiempo que se anota su número en el paréntesis correspondiente. Las tres tarjetas sobrantes se retiran aparte. Se barajan las elegidas y se procede a mostrarlas para evocar las palabras. Se dan 5 segundos para elegir y otros 5 para recordar la palabra elegida. Se concede un punto por cada acierto en los ítems 59 y 60. Punt.  Vacil.
- 61 **HOJA SUJETO** Intente recordar las palabras y frases que le digo. Puede ayudarse haciendo algún dibujo o señal en el papel, sin escribir letras. Después le preguntaré qué significan las señales que ha hecho. Por ejemplo, «Un viejo sordo»; haga un dibujo o señal que le ayude a recordarlo.  
Cuando ya lo ha cumplido se le dice:  
**Ahora seguimos con otras frases:**  
Un viejo sordo   
Un chino hambriento   
Un cielo despejado   
Causa  Punt.  Vacil.
- 62 **HOJA SUJETO** Suceso agradable   
Una noche oscura   
Tragedia   
Se dan 10 segundos para cada dibujo o señal, y 5 segundos para recordar a partir de ellos. Se concede un punto por cada acierto en los ítems 61 y 62. Al recordar, se procede en el mismo orden de presentación de las expresiones. La división del ítem en dos partes, se hace sólo a efectos de corrección y puntuación.  
La presentación y recuerdo de las 7 expresiones constituyen una secuencia completa. Punt.  Vacil.

## ÁREA INTELCTUAL

### Subtest 7. Dibujos temáticos y textos

- 63 N 14-18** Estos dibujos que le enseño cuentan una historia, pero están desordenados. Trate de ponerlos en el orden apropiado lo más rápidamente que pueda y, cuando haya terminado, dígamelo.  
Se colocan las 5 tarjetas N 14-18, de izquierda a derecha del sujeto, en una serie desordenada: 6/8/4/7/5 (\*).  
Puntuación: El orden correcto logrado en los 20 segundos iniciales, una vez presentada la serie desordenada, puntúa dos puntos. Si ese orden correcto se consigue entre los 21 y 40 segundos, puntúa 1 punto. Llegados los 40 segundos sin la solución correcta, se interrumpe la prueba y la puntuación será cero. Si el sujeto corrige espontáneamente su error de orden dentro del tiempo, se admite, pero se anota como «Vacilación».  
Orden de las tarjetas:       
Tiempo invertido: 1 - 10"  11 - 20"  21 - 40"   
La ejecución correcta dentro de los 10 primeros segundos será primada con 1 punto. Así, en ese tiempo se pueden obtener 3 puntos en total.  
(\*). Esta numeración se marcará a lápiz en la parte posterior de las tarjetas, y corresponderá al orden correcto de 14 - 15 - 16 - 17 - 18
- Punt.  Vacil.
- 64 N 20-21** Cuénteme lo que pasa en estos dibujos.  
La tarjeta N 20 se muestra en zona superior y la N 21 en zona inferior; ambas puestas a la vista, comienza a contar el tiempo. Puntuación: La máxima puntuación son 3 puntos, si la historia es contada correctamente, y completa, en 30 segundos. Si esto ocurriera en los 40 segundos iniciales, se conceden dos puntos.  
Explicación correcta: N 20  N 21  Tiempo: 1-30"  31-40"   
Si pasados los 40 segundos no ha puntuado, se le pregunta por la significación del círculo negro de la 1ª viñeta de N 20. En caso de contestar correctamente, se concederá al ítem un solo punto.
- Punt.  Vacil.
- 65 N 22-23** Cuénteme lo que pasa en estos otros dibujos.  
Las instrucciones, con N 22 y N 23, son como en el ítem anterior. Para la puntuación, solo cambia el tiempo para la obtención de los 3 posibles puntos.  
Explicación correcta: N 22  N 23  Tiempo: 1-20"  21-30"
- Punt.  Vacil.
- 66 J 30** Voy a leerle una historia. Ponga mucha atención, porque después le preguntaré algunas cosas de ella. Se lee J 30 (\*). A continuación se hacen las 4 preguntas; para cada respuesta solo se darán 10 segundos.
- Pedro, que tiene siete años, fue ayer al río a pescar. Se llevó con él a su perro Bobi. El río se había desbordado y salido de su cauce por las lluvias. Pedro resbaló y cayó donde el río era profundo. Se habría ahogado si el perro no se hubiera tirado al agua y le hubiera ayudado a llegar a la orilla.*
- ¿A dónde había ido Pedro?   
1 punto por la idea central de «ir a pescar al río».
- ¿Cómo estaba aquel día el río?   
1 punto por la idea central de «desbordado por las lluvias».
- ¿Qué le pasó a Pedro?   
1 punto por la idea central de «resbalar y/o caer al río».
- ¿Qué enseña de bueno esta historia?   
1 punto por la idea central de que «el niño no se hubiera salvado sin la ayuda de su perro».
- Punt.  Vacil.
- (\*) Se puede leer la historia escrita en este Cuaderno, sin tener que utilizar J 30.\*

67 ¿Qué quiere decir la expresión «corazón de piedra»?  
Se obtendrá 1 punto por interpretar la metáfora como de «ser poco sensible a las penalidades ajenas»  
Tiempo:

¿Qué quiere decir la expresión «ojo de lince»?  
Se obtendrá 1 punto por interpretar la metáfora como de «percibir o darse cuenta de cosas o detalles que para la mayoría pasan desapercibidos».

Punt.  Vacil.

68 ¿Qué quiere decir «no es oro todo lo que reluce»?  
1 punto por interpretar que las apariencias engañan).

¿Qué se quiere decir cuando se dice: «No cuentas tus pollos antes de que salgan del cascarón»?  
1 punto por la idea de que conviene calcular bien, o estar seguro de lo que se posee, o de las verdaderas posibilidades en la vida.

Punt.  Vacil.

69 N 24-25 ¿Cuál de estas tres explicaciones corresponde al refrán de arriba:  
«Golpea mientras el hierro está caliente»?

Se muestra N 24, y se obtiene un punto si señala la c. a)  b)  c)

¿Y a este otro refrán: «Agua tranquila, agua profunda»?  
Se muestra N 25, y se obtiene un punto si señala la a. a)  b)  c)

Punt.  Vacil.

70 N 26 Por favor, atienda a lo que le voy a leer. Después le haré algunas preguntas sobre cómo lo ha entendido.  
Se titula «El león y el zorro». ¡Atención!  
Se lee N 26 a velocidad normal, y con todos los matices entonativos y de buena pronunciación que exige el texto.

**El león y el zorro**

«Un león se había hecho viejo y ya no podía cazar. Así, pues, decidió vivir a base de artimañas. Se tumbó en su guarida y se hacía el enfermo. Los animales iban a visitarle, pero el león agarraba y se comía a todo aquel que entraba en su guarida. Un día, un zorro se acercó a la entrada de la guarida y preguntó: «¿Cómo estás?»

«No muy bien. ¿Por qué no pasas adentro?»

Entonces el zorro respondió:

«Veo pisadas. Muchos animales han entrado en tu guarida, pero ninguno ha salido».

Al finalizar la lectura se le dice: A ver si lo ha entendido bien. Dígame:

¿Cuando el león se hizo viejo, cómo se las arreglaba para vivir?

1 punto si contesta la idea de «mediante artimañas, engaños, haciéndose el enfermo...».

¿Cómo trataba a los que le visitaban?

1 punto por la idea de «se los comía, se alimentaba de ellos...».

¿Qué dijo el león cuando le vino a ver el zorro?

1 punto por la respuesta que entrara porque no se encontraba bien».

¿Qué respondió el zorro al león?

1 punto por la idea de «haberse dado cuenta de que quien entra a la cueva del león no sale».

Punt.  Vacil.

## ÁREA INTELLECTUAL

### Subtest 8. Actividad conceptual y discursiva

- 71 La misma relación que «alto» tiene con «bajo», tiene...  
bueno con ..... (malo)  ancho con ..... (estrecho)   
recto con ..... (curvo, torcido)  claro con ..... (oscuro)   
Cada fallo resta 1 punto de los 2 posibles. Punt.  Vacil.
- 72 N 28 La misma relación que «mesa» tiene con «pata», la tiene «bicicleta» con una de estas tres palabras:  
Se muestra N 28 ..... «rueda»   
La misma relación que «ejército» tiene con «soldados», la tiene...  
«biblioteca» con ..... (libros)  Punt.  Vacil.
- 73 N 29 En esta tarjeta aparecen nombres de cuatro objetos, y uno no pertenece al mismo grupo que los demás.  
¿Cuál es?  
Se muestra N 29, y debe decir «tronco»   
¿Qué nombre de estos cuatro no pertenece al mismo grupo que los otros tres: «cuchara, mesa, vaso, plato»?  
Debe decir «mesa»   
¿Y de éstos: «balón, muñeca, caballito, cuchillo»?  
Debe decir «cuchillo»   
¿O de éstos: «puro, vino, pitillo, tabaco»?  
Debe decir «vino»   
Puntuación: 4 puntos, 1 por cada respuesta correcta. Punt.  Vacil.
- 74 Dígame cuánto es:  
12 más 9 menos 6 ..... (15)  32 menos 4 más 9 ..... (37)  Punt.  Vacil.
- 75 Quiero que cuente hacia atrás, de 7 en 7, desde 100. Así: 100 - 93 - 86; siga, por favor.  
79  72  65  58  51   
Puntuación: en 30 segundos ha de decir correctamente 5 números o más para obtener los 5 puntos. Si, en los 30 segundos, sólo dice bien 3-4 números, obtiene 1 punto.  
Cada error resta 1 punto. Punt.  Vacil.
- 76 N 32-33 Se lee el problema de N 32.  
María tenía 4 manzanas y Beatriz tenía 2 manzanas más que María.  
¿Cuántas manzanas tenían entre las dos?  
La respuesta correcta es 10, y 10 segundos el tiempo máximo de respuesta para obtener 1 punto   
De N 33  
Un granjero tenía diez hectáreas de terreno, de cada hectárea sacaba seis toneladas de trigo;  
vendió 1/3 del trigo al Gobierno. ¿Cuánto le quedó?  
La respuesta correcta es 40 toneladas. Si da esta respuesta en 10 segundos obtendrá 2 puntos; entre 11 y 30 segundos, 1 punto.  
1 - 10\* «40 toneladas»  11 - 30\* «40 toneladas»  Punt.  Vacil.
- 77 N 34 Se lee N 34  
Hay 18 libros en dos estantes; en un estante hay el doble que en el otro.  
¿Cuántos libros hay en cada estante?  
La respuesta es 12 y 6, ó 6 y 12. Si se da en los 15 primeros segundos, se obtienen los 2 puntos; si se da después de 15 segundos y antes de 31, 1 punto.  
1 - 15'  16 - 30'  Punt.  Vacil.

- 78 N 36 Se lee N 36  
 Un hijo tiene 5 años de edad. Dentro de 15 años su padre será 3 veces mayor que él.  
 ¿Cuántos años tiene el padre ahora?  
 La respuesta es 45. La puntuación será como en el ítem anterior. Punt. Vacil.  
 1 - 15"  16 - 30"
- 79 N 37 Se lee N 37  
 Escuche este problema: Un peatón llega a la estación en 15 minutos y un ciclista llega allí 5 veces más rápido. ¿Cuánto tarda el ciclista en llegar a la estación?  
 La respuesta es 3 minutos. Si esta respuesta se da en los primeros 15 segundos, se obtienen los 2 puntos. Si la respuesta correcta se da después de los 15 segundos y antes de los 31, se concede 1 punto. Punt. Vacil.  
 1 - 15"  16 - 30"
- 80 Oiga este problema: Un lápiz mide 6 centímetros de largo; la sombra de ese lápiz es 18 centímetros más larga que el lápiz. ¿Cuántas veces es más larga la sombra que el lápiz?  
 La respuesta es 4 veces. Se pueden obtener hasta 3 puntos si se da en los primeros 15 segundos; 2 puntos, entre 16 y 30; y 1 punto entre 31 y 45 segundos. Punt. Vacil.  
 1 - 15"  16 - 30"  31 - 45"
- 81 Y ahora este último problema: Un número, entre el 1 y el 9, dice a otro «valgo la mitad que tú, pero si me multiplico por mí mismo valgo el doble que tú». ¿Cuáles son estos dos números?  
 La respuesta es el 4 y el 8. Se puntúa como en el ítem anterior. Punt. Vacil.  
 1 - 15"  16 - 30"  31 - 45"