



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



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

PROBLEMA:

**DESINTERES FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE ANIMO
DEPRESIVO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.**

AUTORA:

MADELAINE BEATRIZ RODRIGUEZ DIAZ.

TUTOR:

PISC. WALTER ADRIÁN CEDEÑO SANDOYA, MGS.

BABAHOYO – ABRIL / 2019



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



AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL



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



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **MADELAINE BEATRIZ RODRIGUEZ DIAZ**, portador de la cédula de ciudadanía **120758323-6**, en calidad de autora del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, previo a la Obtención del Título de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, declaro que soy autora del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema: **DESINTERES FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS "DIAL-RIOS" DEL CANTON BABAHOYO DE LA PROVINCIA DE LOS RIOS.**

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

MADELAINE BEATRIZ RODRIGUEZ DIAZ
CI. 120758323-6



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



CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
MODALIDAD PRESENCIAL.



CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA
SUSTENTACIÓN.

Babahoyo, 25 de abril del 2019

En mi calidad de Tutor del Documento Probatorio Dimensión Escrita Del Examen Complexivo designado por el Consejo Directivo con oficio N° CP-077-(4), con fecha **01 de abril del 2019**, mediante resolución N° CD- FAC.C.J.S. E – SO-003- RES-002-2019, certifico que el Srta. **MADELAINE BEATRIZ RODRIGUEZ DIAZ**, ha desarrollado El Documento Probatorio Dimensión Escrita Del Examen Complexivo con el Estudio de Caso, titulado:

“DESINTERES FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA”.

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del Documento Probatorio Dimensión Escrita Del Examen Complexivo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar la comisión de especialistas de sustentación designado para la defensa del mismo.

MS. WALTER CEDEÑO SANDOYA
DOCENTE DE LA FCJSE.



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



CERTIFICADO DEL SISTEMA DE URKUND



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



INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND

Babahoyo, 25 de abril de 2019

En mi calidad de Tutor del Informe Final del Documento Probatorio Dimensión Práctica Del Examen Complexivo de la Srta. **MADELAINE BEATRIZ RODRIGUEZ DIAZ**, cuyo tema es: "**DESINTERES FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**", certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de [1%], resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Documento Probatorio Dimensión Práctica Del Examen Complexivo el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

URKUND	
Documento	Estudio de caso Madelaine R.docx (D51032565)
Presentado	2019-04-24 16:01 (-05:00)
Presentado por	madelainerodriguez4@gmail.com
Recibido	wcedeno.utb@analysis.arkund.com
1% de estas 9 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.	

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.




MS. WALTER CEDEÑO SANDOYA
DOCENTE DE LA FCJS



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



RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN DIMENSIÓN
PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO

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

RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN DIMENSIÓN
PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO PROBATORIO
DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO TITULADO: **DESINTERES**
FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO DE UN
PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

PRESENTADO POR: **MADELAINE BEATRIZ RODRIGUEZ DIAZ.**

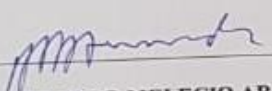
OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

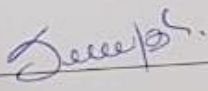
8,30


EQUIVALENTE A:

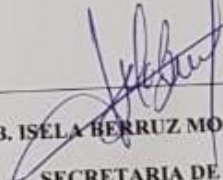
Ocho con treinta


TRIBUNAL:


MSC. RICARDO MELECIO ARANA
CADENA.
DELEGADO DEL DECANO


MSC. SILVIA DEL CARMEN
LOZANO CHAGUAY.
DELEGADO DEL CIDE


MSC. JANETT DEL ROCIO
VERDESOTO GALEAS PROFESOR
ESPECIALISTA


AB. ISELA HERRUZ MOSQUERA
SECRETARIA DE LA
FAC.CC.JJ.SS.EE





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



RESUMEN

En el presente trabajo investigativo se desarrolla un estudio de caso, en el que se plantea la propuesta de un plan psicoterapéutico, el mismo que se encuentra orientado bajo técnicas cognitivo conductuales, desarrollado para la intervención terapéutica de una paciente con 54 años de edad, la misma que a través de un proceso psicodiagnóstico, fue diagnosticada con un trastorno del estado de ánimo, Distimia influenciado por el desinterés familiar. En el desarrollo del estudio de caso, también se encontrarán descritos signos y síntomas manifestados por la paciente y su malestar clínicamente significativo, este también describe la importancia del apoyo familiar en el tratamiento de la paciente además de fundamentos teóricos, describe de manera detallada la intervención y técnicas utilizadas.

Palabras claves: Trastorno del estado de ánimo, desinterés familiar, síntomas, psicodiagnóstico.

INDICE

Contenido

P.

CARATULA.....	i
AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL.....	ii
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iii
CERTIFICADO DEL SISTEMA DE URKUND.....	iv
RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO	v
RESUMEN.....	vi
INDICE	vii
Introducción	1
Desarrollo.....	2
Conclusión.....	17
Bibliografía.....	20
ANEXOS	21

Introducción

Durante los últimos años la insuficiencia renal crónica se ha venido incrementando de manera impresionante, y con ella posteriormente los pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis paralelamente, el rápido incremento de la insuficiencia renal crónica conduce a diferentes condiciones desfavorables clínicas, económicas, afectivas y consecuentes de la calidad de vida de los pacientes; por su parte, el estado de ánimo depresivo es una de las principales características en esta enfermedad.

Los pacientes que sufren insuficiencia renal crónica se ven expuestos a una vulnerabilidad emocional, de manera que la familia como red social primaria es fundamental e indispensable en el tratamiento, ya que al ser "el primer recurso y el último refugio", pasa a ser parte integral y es esencial su apoyo constante en el tratamiento, y al existir escasa o nula participación de esta dentro del tratamiento, se podría estar afectando de manera directa en el estado de ánimo del paciente.

En el desarrollo del siguiente estudio de caso se permitirá establecer la manera en la que influye el desinterés familiar en el estado de ánimo depresivo en pacientes con insuficiencia renal crónica, tomándose 1 caso de la unidad de hemodiálisis "Dial-Ríos" del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, por medio de una búsqueda teórica de conceptos científicos que nos permitirán corroborar nuestra problemática, utilizando medios de recolección estandarizados, con el fin de lograr la participación activa de los familiares en el tratamiento y que los pacientes de cierta manera vayan mejorando su calidad de vida generando emociones positivas.

El siguiente estudio se encuentra orientado bajo una la línea de investigación de prevención y diagnóstico, el mismo se encuentra estructurado por justificación, sustentos teóricos, técnicas aplicadas, resultados obtenidos, situaciones detectadas, soluciones planteadas, conclusiones, bibliografía y anexos.

Desarrollo

1. Justificación

La insuficiencia renal es una enfermedad en la cual la función renal se va deteriorando de manera progresiva o global, se conoce que el estado de ánimo depresivo es una sintomatología orgánica de esta, y al existir desinterés por parte de los familiares este síntoma incrementa de cierta manera, mediante este estudio de caso se busca establecer la manera en que se ve influenciado el desinterés familiar en el estado de ánimo depresivo en pacientes con insuficiencia renal crónica, como esto podría afectar en su proceso de hemodiálisis, en su calidad de vida, estado físico y psíquico, por medio de una indagación teórica y recolección de datos a través de instrumentos prácticos estandarizados.

Como beneficiario de este estudio de caso, se tiene a 1 paciente de la unidad de hemodiálisis “Dial-Ríos” Babahoyo y su hija, cuanto se buscará crear conciencia de la importancia del apoyo familiar en el tratamiento. Si se logra la participación activa de la familia en el proceso de hemodiálisis, se podrá conseguir que estos pacientes lleguen con mayor entusiasmo a realizarse su proceso de hemodiálisis, por tanto, se forjaran emociones positivas que mejoraran la calidad de vida y brindara seguridad al paciente.

Es trascendente porque ayudará a conocer la importancia del apoyo familiar y así poder mejorar y/o controlar el estado de ánimo de los pacientes, es factible porque logra reunir, características, instrumentos y técnicas que certificaran el cumplimiento del objetivo propuesto. Este estudio de caso presenta un aporte un aporte teórico el cual podría servir como guía a familiares de pacientes en similar situación y concientizar sobre la importancia del apoyo.

2. Objetivo

Establecer si el desinterés influye en el estado de ánimo depresivo de una paciente con insuficiencia renal crónica de la unidad de Hemodialisis “Dial-Ríos” del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos

3. Sustentos Teóricos

Familia.

Familia es con él en nombre con el que se conoce a entidad social, de la cual se podría decir que es igual de antigua que la humanidad, este ha ido percibiendo distintos tipos de evoluciones y transformaciones con el fin de irse adaptando al medio e ir cumpliendo las exigencias que se encuentre presentando la sociedad (Castillo, 2008, p. 14).

Por otra parte, dentro del marco referencial de la familia constituida, se podría decir que la familia es la unión organizada e independiente de dos o más personas que se encuentran en constante interacción, que se regulan por normas y por funciones dinámicas que pueden existir entre sí y con el exterior (Minuchin, Andolfi, Musitu, Rodrigo y Palacios, 1998, p.5).

La familia en su totalidad llega a asemejarse a una colonia animal, donde la entidad se ve compuesta por desiguales formas de vida, donde cada fracción cumple su rol, pero el todo compone a un organismo de variados sujetos, que en sí mismo pasa a ser parte de una forma de vida (Fishman, 2004, pág. 26).

En Ecuador, se reconoce a la familia en sus varios tipos. El Estado la salvaguardará como núcleo principal de la sociedad, certificando las condiciones que beneficien integralmente la consecución de sus fines. Estas se lograrán establecer mediante vínculos jurídicos o de hecho y se podrán basar en la igualdad de derechos y oportunidades con cada uno de sus integrantes (Constitución, 2008, p.50).

Tipos de familia.

Familias de pas de deux.

Este tipo de familia está formada por tan solo dos personas como, por ejemplo: un padre o madre y un hijo o una pareja de ancianos los cuales sus hijos han abandonado el hogar (nido vacío) y su sistema familiar es proclive a una forma de liquen, contrayendo una reciproca dependencia casi simbiótica (Minuchin, Paladines y Quinde 2010, p. 24).

Familias de tres generaciones.

Este tipo de familia son extensa con diversas generaciones que se encuentran viviendo en íntima relación, esta configuración familiar es la más típica que podemos encontrar en el mundo conformada por abuelos, padres e hijos (Minuchin et al., 2010).

Familias con soporte.

Ese tipo de familia se caracteriza por la presencia de una cantidad expansiva de hijos, en donde uno de ellos, el mayor, recibe responsabilidades de tipo parentales tomando consigo funciones de crianza de los demás hermanos, siendo como representante de los padres (Minuchin et al., 2010).

Familias acordeón.

La característica de este tipo de familia es la ausencia de uno de los progenitores, se encuentra alejado durante un tiempo extendido. Como, por ejemplo, podemos señalar a familias de marinos o migrantes. El peso de las funciones parentales y jerarquía se ve fijada en una sola persona (Minuchin et al., 2010).

Desinterés familiar.

Para precisar el desinterés familiar, necesariamente, primero debemos definir de qué se trata el desinterés. Se puede reconocer como desinterés al total descuido de algo o por su parte, también es reconocido como una muestra de apatía, la cual radica en la pérdida o ausencia de interés, es decir, una indiferencia emocional ante la existencia de algo (Hernández et al., 2003, p. 328).

Al hablar de desinterés familiar nos referimos a la escasa participación de las actividades familiares, es decir, un estado de indiferencia para con algún miembro del sistema familiar. Se trata de un desapego y desprendimiento de los vínculos familiares considerándose como uno de los problemas más comunes sobre todo en los adultos mayores (Ruiz y Hernández, 2009, p.148).

Existen distintos tipos de maltratos donde encontramos enmarcado al desinterés, entendiéndose este como, se ha definido como "la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados" (Ruipérez y Llorente, 1996). En este sentido, es posible que el desinterés llegara a ser parte de una negligencia o abandono de manera pasiva o activa, dependiendo del desconocimiento, incapacidad por parte del cuidador, o cuando del acto a realizarse intencionalmente. En cuanto este tipo de maltrato llegaría a atentar directamente en contra el normal desarrollo de actividades de la vida diaria del individuo y este va creando un deterioro en su calidad de vida.

Estado de ánimo.

Se podría definir al estado de ánimo es como una sensación de fondo la cual se encuentra persistente en el tiempo, que por lo general son muy poco percibidos, pero, existen ocasiones en las cuales estas sensaciones pueden ser intensas e intolerables, de larga duración y de menor intensidad que las emociones; aquí no se encuentra una causa identificable (Thayer, 1998, p. 22).

En otras palabras, el estado de ánimo figura como el humor o el estado sentimental que posee un individuo en períodos determinados, ya que como su nombre lo indica este se trata de un estado, es decir, se podría considerar como una forma de estar (Thayer, 1998, p. 23).

El estado de ánimo se ve diferenciado de las emociones y los sentimientos, en que es mucho menos preciso, no se ve impulsado mediante algún estímulo o eventualidad, este es de menor intensidad y más prolongado y duradero, este presenta una gran influencia en los pensamientos y las conductas que lleva a cabo el individuo. De manera que, cuando el estado de ánimo sufre algún tipo de alteración, este que se mantiene durante un largo periodo de tiempo provoca importantes consecuencias en la vida de las personas (Thayer, 1998, p. 23).

Los estados de ánimo podrían ser considerados como unos de los indicadores generales, tanto del funcionamiento fisiológico como de la experiencia psíquica. El estado de ánimo se podría considerar algo así como un termómetro clínico que refleja todos los acontecimientos externos e internos que nos afectan (Thayer, 1998, p. 24).

Trastorno del estado de ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo son alteraciones en la salud mental, los cuales se encuentran caracterizados por las distorsiones emocionales durante un periodo prolongado, los cuales consisten en periodos largos de depresión, manía o de ambos, los cuales afectan de manera significativa en la vida del individuo (American Academy of Pediatrics, 2015).

Los trastornos del estado de ánimo (del humor afectivo) se ven constituidos como un conjunto heterogéneo de entidades nosológicas que comprenden el espectro afectivo, incluyéndose las formas polares maníacas y depresivas, así como las formas clínicas mixtas y atípicas, siendo descritas estas últimas por los clásicos de la Psiquiatría y que son el resultado de las influencias socioculturales (Roberto Ramos, 2014, p. 1).

Clínicamente estos trastornos se ven caracterizan por manifestaciones afectivas de tipo primarias que podrían ser exaltado o depresivo, de manera, que las necesidades, y afectación de la adaptación creadora al medio. Pueden producir funcionamiento de nivel psicótico, con alucinaciones y delirios insertados, o expresarse de manera enmascarada, confundiéndose con cuadros neuróticos ansiosos y depresivos y, en algunos casos, evolucionan de manera persistente a la cronicidad (Roberto Ramos,2014, p. 2).

Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994). Los trastornos del estado de ánimo se ven caracterizan por una notable y constante alteración en el estado de ánimo, que se considera que podrían ser debido a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, la cual podría estar constituida ya sea en un estado de ánimo depresivo, disminución del placer o interés o a su vez podría manifestar un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

El tipo de síntoma que se encuentre predominante, se puede indicar utilizando uno de los siguientes subtipos: con síntomas depresivos, con episodios similares a los depresivos mayores, con síntomas maniacos o mixtos. Dentro de la historia clínica debe de encontrarse pruebas de que dicha alteración está siendo resultado de una enfermedad médica.

Se deberá establecer si la alteración del estado de ánimo se encuentra etiológicamente relacionado con la enfermedad médica, además de que se debe considerar la presencia de síntomas atípicos, además, el especialista debe determinar que dicha alteración no se explique mejor por la presencia de un trastorno afectivo primario, un trastorno de ánimo inducido por sustancia u otro trastorno mental primario.

El trastorno de estado de ánimo depresivo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos, acrecienta el riesgo de tentativa de suicidio y de suicidio consumado. Las tasas de suicidio varían dependiendo la enfermedad médica, aquellas enfermedades que corren mayor riesgo son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas. (Dsm, p. 375-376).

Distimia.

Se trata de una depresión de tipo crónico del estado de ánimo que se ve extendida por varios años, que no es lo sobradamente rigurosa, pero que se encuentra durante la mayor parte del día, duran pocas semanas y no ha existido episodios de hipomanía (CIE-10, 2000, p. 105).

Para poder diagnosticar este trastorno, se debe cumplir ciertos criterios diagnósticos, tales como, por ejemplo: el humor depresivo debe mantenerse presente por al menos dos años de manera constante o constantemente recurrente, con un estado de ánimo normal raramente de pocas semanas y ausencia de episodios de hipomanía (CIE_10, 2000, p. 106).

Debe existir presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas: insomnio, decrecimiento de la energía o de la actividad, sentimientos de inferioridad o ausencia de la confianza en sí mismo, dificultad para poder concentrarse, llanto fácil, ausencia de interés por el sexo u otras actividades que antes resultaban placenteras, presencia de sentimientos de desesperanza o desesperación, percepción de inhabilidad para enfrentar responsabilidades rutinas de la vida diaria, pesimismo acerca del futuro o cavilaciones del pasado, baja locuacidad, retiro social (CIE-10, 2000, p.106).

La etiología del trastorno distímico es complicada y depende de diferentes factores; en esta se ve involucrados mecanismos de tipo biológicos, psicológicos y sociales, aunque aún no se ha conseguido una aprobación o conclusión definitiva al respecto. En la actualidad se encuentran diversas hipótesis las cuales tratan de explicar las causas subyacentes de este trastorno, entre ellas la genética. Se ha planteado que la transmisión genética de la vulnerabilidad ante la depresión se debería a una forma poligénico de herencia, donde también envuelve factores ambientales. En la actualidad se han llegado a identificar algunos marcadores genéticos potenciales para los trastornos del ánimo en ciertos cromosomas, pero no se ha conseguido diferenciar algún patrón específico o certero para la distimia (Miriam Jiménez, Geisa Gallardo, Teresita Villaseñor, Andrés González, 2013, p. 163).

Insuficiencia renal crónica.

La insuficiencia renal crónica se especifica como la pérdida de las capacidades de función de las nefronas, de manera irreversible, esta se ve caracterizado por la ausencia de síntomas, hasta que las alteraciones nefrológicas están afectadas de manera global, en donde los riñones no pueden conservar la salud corporal (Seguí, Amador y Ramos, 2010, p. 156).

La sintomatología que esta presenta, son inespecíficos e incluyen una sensación de malestar general, acompañado de la reducción del apetito. Por lo general, esta enfermedad es diagnosticada a personas que sufren presión arterial alta, diabetes o aquellos que posee familiares con insuficiencia renal crónica (Seguí, Amador y Ramos, 2010, p. 157).

Dentro de sus tratamientos se conocen la diálisis la cual podría ser, hemodiálisis, esta es considerada como el uso de un riñón artificial, este modo es el más habitual, se realiza por lo general 3 veces por semana en un centro o clínica especializado por un lapsus de tres horas aproximadamente, por otra parte, también está la diálisis peritoneal, este se trata del uso de revestimiento abdominal, este es aplicado en el hogar del paciente (Seguí, Amador y Ramos, 2010, p. 157).

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se ha utilizado esencialmente para relatar a aquella situación subsidiaria de iniciación del tratamiento sustitutivo de la función renal, ya sea mediante diálisis o trasplante, con diversas tasas de incidencia y prevalencia crecientes durante las dos últimas décadas (Ana Gómez Carracedo, Estefanía Arias Muñana y Concepción Jiménez Rojas, 2011, p. 637)

Los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica experimentan una serie de cambios bruscos en sus condiciones de vida generados por la propia enfermedad y a su tratamiento, en algunos casos, a padecer trastornos ansioso-depresivos, por falta de adaptación ante esta situación estresante. Indistintamente de los cambios en el estado emocional ocurridos, estos pacientes presentaran sintomatología propia de la enfermedad,

que limita sus actividades físicas, añadiendo, que el paciente durante la sesión de diálisis podría presentar episodios de hipotensión, calambres musculares, vértigos, náuseas, vómitos, cefaleas y riesgo de infección en el acceso vascular, que unido a un horario estricto y pasar varias horas dializándose, ocasiona que sientan que han perdido el control de su vida. (Moya Ruiz, 2017, pág. 5).

4. Técnicas para la recolección de información

Para el desarrollo del presente estudio de caso se han utilizado diversas técnicas, con el fin de hacer cumplimiento del objetivo planteado, de modo que se puede describir las siguientes técnicas:

Historia clínica.

Es una herramienta que la cual permite conocer de manera concreta el proceso evolutivo del paciente, la cual ira brindando una orientación certera acerca del trastorno o problemática el cual se encuentre sufriendo o presentando el paciente, además de, que orienta acerca del tratamiento que se podría realizar. Esta herramienta se utilizó con el fin de poder recabar información necesaria e íntima de la paciente, para así poder llegar a un diagnóstico, esta fue usada en varias sesiones.

Test Psicométricos.

Esta herramienta son una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta, las cuales nos sirven para evaluar cualidades psíquicas del individuo, tales como rasgos de personalidad y capacidades del individuo, para el desarrollo del estudio de caso se utilizó 3 test estandarizados (Inventario de depresión de Beck, La persona bajo la lluvia, Escala de ansiedad de Hamilton), con el fin evaluar rasgos de la personalidad y sintomatología de la paciente, para obtener un diagnóstico diferencial.

Entrevista semiestructurada.

Esta herramienta se utilizó con el fin de lograr recabar información específica a cerca de la problemática que se encontrara presentando la paciente y aclarar ciertas dudas que se tenían con respecto al caso, se la realizo en un formato de 5 preguntas abiertas.

5. Resultados obtenidos.

El presente caso fue desarrollado durante un lapso de 6 sesiones psicodiagnóstico, cada sesión conto con una duración entre 30-40 minutos aproximadamente, las cuales se mostrarán detalladas de la siguiente manera:

Primera sesión: Paciente de sexo femenino de 54 años 9 meses, nacida el 22 de julio de 1964, fue remitida por la psicóloga de la unidad de hemodiálisis “Dial-Ríos”, por sus faltas constantes a realizarse su tratamiento. Paciente habita en el Recinto “La Teresa”, perteneciente a la parroquia Febres Cordero del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, de estado civil divorciada hace 8 años y separada hace 15. En la sesión se logró recabar datos personales y familiares de la paciente, necesarios para el desarrollo del caso, además de que se logró entablar rapport y se adquirió el compromiso por parte de la paciente de asistir a las próximas sesiones.

Segunda sesión: La siguiente sesión registró el motivo de consulta por parte de la paciente en el cual manifestó que se sentía mal por síntomas somáticos propios de la enfermedad, manifestó sentirse cada día más cansada, sentirse débil y sentirse muy triste por no tener apoyo de su familia que esto la pone muy mal, que llora al ver que está sola (derramo lagrimas mientras hablaba sobre su familia), reveló sentir que su familia no le interesa lo que pase con ella, sobre todo a su hija que a pesar de que vive con ella no la ayuda, expresa sentirse fatigada, insomnio, agrego que lleva 7 años en el proceso de Hemodialisis y que en ocasiones falta de manera simultánea porque se siente muy débil y no tiene quien la acompañe a su tratamiento, añadió que de sus 3 hijos pero que solo vive con la hija menor y su yerno, los otros hijos tiene varios años que no los ve, ni a ellos, ni a sus demás familiares, manifiesta que le haría muy feliz volver a ver a sus hijos o sus hermanos que tiene ya

aproximadamente 6 años que no sabe nada de ellos, agrego que su hija la mira, pero que ve más por su marido.

Tercera sesión: En la sesión la paciente revelo que hace dos años tiene los sentimientos de tristeza y sentirse sola, además se recabaron demás datos importantes como es la topología familiar, la paciente nos manifestó que el padre de sus hijos la abandono hace 15 años, pero que hace 8 años logro divorciarse, manifiesta tener 3 hijos, 2 varones y 1 mujer. Varón de 40 años en unión libre, vive en caluma, el segundo de 35 años en unión libre, vive en Quito. Mujer de 20 años en unión libre, convive con ella, no tiene hijos aun, pero ya tiene 2 abortos. Paciente es la tercera de 5 hermanos, de los cuales cree que viven en Babahoyo, ya que no tiene ningún tipo de contacto con ellos, también se recabo los antecedentes psicopatológicos, los cuales encontramos sin referencia y la historia evolutiva-anamnesis, de lo cual recabamos que la paciente tuvo una infancia y adolescencia sin novedad

Cuarta sesión: En el desarrollo de la sesión se realizó la aplicación dos test psicométricos.

La primera prueba psicométrica fue “La persona bajo la lluvia” de las autoras Silvia Mabel Querol y María Chaves Paz, 2005. La cual es una técnica de corte proyectivo, en donde el individuo manifiesta en su acción, aspectos de su personalidad y actitud, el objetivo de la aplicación del test fue evaluar aspectos emocionales de la paciente, lo cuales serían manifestados de manera inconsciente.

A continuación, se prosiguió a la aplicación del “Inventario de depresión de Beck” del autor Aaron T. Beck, 1996. El cual es un cuestionario de 21 preguntas con ítems, los cuales se puntúan del 0 al 3, la aplicación del test tuvo como objetivo detectar la presencia de depresión y a su vez evaluar la gravedad de la misma.

Quinta sesión: Se realizó la aplicación de un test y una entrevista de tipo semiestructurada de 5 preguntas.

Se aplicó la “Escala de ansiedad de Hamilton” del autor Hamilton Anxiety Scale, 1959. El cual es un cuestionario de 14 ítems en donde 13 de estos se refieren a signos y síntomas de ansiedad que se encuentre presentando la paciente, por otra parte, el último evalúa el comportamiento que presentó la paciente durante la entrevista, se puntúa de del 0 al 4 y fue usado con el objeto de valorar la presencia e intensidad de ansiedad que se encuentre presentando la paciente.

En cuanto a las 5 preguntas de la entrevista semiestructurada, fueron entorno a su contexto familiar, por lo cual, en su interpretación se podría acotar que la paciente se encuentra en total abandono por parte de sus familiares, además que estos muestran total desinterés acerca ella. por otra también esta direccionada hacia el estado de depresión de esta por el abandono de su sistema familiar.

Sexta sesión: Se consiguió que la hija de la paciente acuda a sesión, se pudo dialogar acerca de la necesidad que tiene su madre de su compañía y atención, la cual manifestó que no había caído en cuenta de que su madre la necesitaba tanto, por otra parte, también se efectuó la entrevista de devolución en la cual se le informo a la paciente acerca del problema del cual estaba presentando, se platicó de los siguientes pasos a seguir para su mejora.

Mediante las técnicas de recolección aplicadas se obtuvieron datos los cuales permitieron examinar las alteraciones de tipo emocional y conductual, las cuales se encuentra presentando la paciente, lo cual se encuentra prescrito en el resumen sindrómico, permitiendo elaborar el diagnóstico diferencial, para luego poder obtener el diagnóstico estructural.

5.1. Situaciones detectadas.

Durante el registro de información se pudo detectar las siguientes situaciones:

La paciente de 54 años, con insuficiencia renal crónica, la cual se realiza el proceso de hemodiálisis en la unidad de hemodiálisis “Dial-Ríos” del cantón Babahoyo, se mostraba

siempre cabizbaja y su mirada triste al vacío, insomnio, voz baja y poca habla. Esta salía débil de su tratamiento y siempre se quejaba, se evidenciaba que nadie la acompañaba y que necesitaba de compañía.

Mediante la aplicación de las variadas pruebas psicométricas utilizadas, como el inventario de depresión de Beck, se pudo evidenciar que la paciente de 54 años mostro como resultado una puntuación de 29 puntos el cual muestra que la paciente se encontraba presentando una depresión moderada, según este test, de la cual manifestaba la paciente que era por el desinterés por parte de sus familiares para con ella. Por otra parte, con la escala de ansiedad de Hamilton, se logró evaluar la presencia y el grado de ansiedad que se encontraba presentando la paciente la misma que dio como resultado un puntaje de 8 puntos, los mismos equivalen a que la paciente se encuentra presentando una ansiedad leve.

Dentro de la interpretación de la persona bajo la lluvia, se pudo evidenciar que la paciente se mostraba pesimista ante las situaciones, además mostro ser una persona con depresión, con mucho agotamiento, desaliento y sentimientos de desesperanza. Además, se pudo evidencia de que la paciente muestra ser una persona con falta de confianza en sí mismo y timidez, ausencia de mecanismo de defensa, madurez emocional y egocentrismo, mostrando su parte inconsciente y preconscious.

Por otra parte, en la aplicación de la entrevista semiestructurada, se le realizaron a la paciente 5 preguntas en donde ella contestaría según su criterio o situación que se encuentre presentando, pudiendo evidenciar de esta que la paciente con mucha frecuencia se sentía sola y deprimida debido al desinterés que muestran sus familiares con ella, probando en esta entrevista que el desinterés que muestran sus familiares para con la paciente hacen que ella se muestre desanimada a continuar recibiendo su proceso de hemodiálisis y generan que esta se encuentre faltando constantemente, también se logró denotar, que a la paciente le gustaría recibir visita por parte de sus familiares que esta mejoraría su estado de ánimo, ya que al hablar de posibles visitas ella se emociona mucho.

Se añade que también se encontró negligencia en el cuidado de la paciente por parte de su hija, ya que está a pesar de que vive con ella, no había notado de la importancia su compañía en el proceso, a pesar de que sus actividades son de ama de casa.

Se puede agregar que la paciente presenta falta de afecto por parte de sus familiares y que esto se ve influenciado en el estado de ánimo depresivo de la paciente y en su falta de compromiso con su salud y la inasistencia a su tratamiento, teniendo en cuenta la vulnerabilidad que esta tiene debido a su edad y situación.

Según el resumen sindrómico y las técnicas desarrolladas en el proceso psicodiagnóstico se pudo evidenciar que la paciente se encuentra presentando según la CIE-10 Distimia f 34.1, la cual según el estudio desarrollado el trastorno se está generando a causa del desinterés que muestran sus familiares.

5.2. Soluciones planteadas.

En cuanto a la problemática detectada en el desarrollo del estudio de caso, se consiguen plantear posibles soluciones que logren mejorar la calidad de vida, condiciones y relaciones familiares de la paciente, de acuerdo con la información pre-escrita en el desarrollo del estudio de caso, se diseñó el siguiente plan terapéutico de corte cognitivo-conductual, el cual la paciente se encuentra dispuesta a colaborar y cumplir con cada una de las metas trazadas. A continuación, se presentan las metas del plan terapéutico:

Metas generales y estructurales.

A: Disminuir pensamientos disfuncionales.

Esta meta se logrará mediante el dialogo socrático con la paciente con el fin de replantear sus ideas y creencias irracionales, sometiéndolos a prueba y, a un nuevo juicio de valor, acompañado de una terapia de resolución de problemas la cual ayudará a la manera de afrontar situaciones estresantes.

Se realizó en 2 sesión de 45 minutos, en la cual se contó con la colaboración de la paciente, teniendo como resultado la reestructuración del pensamiento, de manera que aquellos pensamientos disfuncionales que estaban causando malestar en la paciente se logró replantearlos, de manera que, si la paciente creía que los hijos eran malos con ella y no la querían, se lo replanteo a que ella también de cierta manera debería buscar comunicación con sus hijos y quizás sus posibles ocupaciones no les den tiempo suficiente de poder comunicarse con ella, a manera, que al lograr fomentar esta nueva idea en la paciente logro que la paciente vaya eliminando síntomas de fatiga e irritabilidad, de manera que la paciente consiguió sentirse un poco más tranquila, y esta se notaba en su rostro. Dentro de la técnica de resolución de problema se entrenó con la paciente nuevas habilidades para resolver problemas de una manera adecuada en donde no se vea afectada ninguna emoción ni su tratamiento.

B: Reinserción familiar.

Esta meta se llevó a cabo en 2 sesiones de 45 minutos con diferentes técnicas cada una, donde, en las sesiones se contó con la participación de la hija que habita con la paciente, a la cual llamaremos “Leidy”. En la sesión se realizó la técnica llamada cambio de roles, poniendo a “Leidy” en el lugar de su madre. Mediante la técnica se logró sensibilizar a “Leidy” y consiguiendo poner en sobre aviso a cerca de la negligencia que de cierto modo estaba llevando acabo con su madre, se evidenciaron las necesidades que la paciente mostraba, en esta sesión la paciente y su hija se mostraron un poco emocionadas.

En la segunda sesión se usa como técnica la confrontación, en donde se contó con la participación tanto de la paciente como la de su hija, con esta técnica se buscó conciliar aquellas diferencias de madre e hija, logrando que la paciente llegue a sentirse querida y que con esto llegue a realizarse su tratamiento más dinámicamente. También se realizó un compromiso por parte de “Leidy” en que no volviera a descuidar de su madre ya que es una señora de la tercera edad y por su parte, también se comprometió a tratar de contactarse con sus hermanos para que hablen o visiten a su madre. Dentro de esta meta se obtuvo una mejoría, se disminuyeron síntomas tales como el insomnio y sentimientos de tristeza, la

paciente no volvió a presentar faltas y se mostró después de estas sesiones acompañada por su hija en todo momento.

C: Control de recaídas.

Mediante el desarrollo y aplicación de la meta se busca que al momento de que vayan apareciendo patrones de conducta depresivos, la paciente pueda identificarlos y trabajarlos, sin permitir que aquellos patrones logren un malestar significativo en ella. El desarrollo de la meta se realizó en una sesión de 45 minutos aproximadamente, en la cual se contó con la participación y colaboración activa de la paciente.

Para el desarrollo de la meta se consiguió aplicar dos técnicas, en la cual, la primera se trató de un auto registro del estado de ánimo, la cual consistió en enseñar a la paciente que al momento que empieza a sentir sentimientos de tristeza, desesperanza, desánimo por realizarse su proceso de hemodiálisis, u otros problemas, la paciente registre en un cuaderno aquel sentimiento, la causa y, por otra parte, también anotara la emoción por la que debe cambiarla, para eliminar aquel malestar.

Una vez que se ha completado el auto registro, se trabajó mediante la técnica de respiración profunda para con ello trabajar una relajación progresiva, la paciente inhalara de manera profunda, contara del 0 al 10 conteniendo el aire y luego procederá a exhalar, luego de esto procederá a cerrar sus ojos, dejar su mente en blanco y relajarse, todo esto con el fin de que cada vez que la paciente detecte la sintomatología, está auto registre, luego trabaje su respiración profunda para darle paso a la relajación progresiva, con esto se logró que la paciente mejore su estado de ánimo, elimine por completo aquellos síntomas somáticos relacionados con la sintomatología de este trastorno.

Conclusión.

Mediante el desarrollo del estudio de caso se puede concluir que el desinterés que pueda presentar el sistema familiar con pacientes con insuficiencia renal crónica, si logra afectar

de manera directa en sus emociones generando un estado de ánimo depresivo en ellos, desmejorando su calidad de vida y de cierto modo hasta podría causar problema en su adherencia en el tratamiento y es necesario e indispensable una intervención psicológica a tiempo.

Para estos pacientes es muy importante el apoyo y la compañía de algún familiar, es necesario que su sistema familiar le muestre el debido interés, ya que para ellos es difícil la situación la que se encuentran afrontando y si lo hacen solos aumenta el riesgo de desinterés por su tratamiento aumentando de cierto modo el riesgo de suicidio.

Es importante tener en cuenta que el cuidado del paciente conlleva consigo una gran carga y afectaciones dentro de la esfera familiar, psicológica, social, económica y por su obviamente del estado de salud en general que se ve repercutido en la calidad de vida del paciente y también en el de su cuidador, teniendo en cuenta que la calidad de vida se ve directamente relacionada con la salud en general, la interacción familiar, social y de su propia percepción con respecto a la vida.

A través de la recolección de datos mediante la historia clínica, la entrevista semiestructurada, nos ayudaron a evaluar signos y síntomas que se encontraba presentando la paciente, de modo que, en la aplicación de test, se lograron obtener datos más específicos, los cuales nos ayudaron a la construcción de nuestro diagnóstico estructural f. 34.1 Distimia, esto debido al total desinterés que existía por parte de sus familiares.

En este caso, las interacciones familiares eran nulas, ya que la hija no sabía en qué momento se descuidó tanto de su madre y no lo había notado, además, se pudo establecer un esquema terapéutico, con técnicas cognitivo conductuales, con el fin de reducir la sintomatología que estaban causando malestar en el paciente.

Mediante el esquema terapéutico una de las metas relevantes fue la reinserción familiar, en la cual se desensibilizó a la hija de la paciente, logrando una participación activa de esta en los procesos de su madre, dejando en visto que la importancia de la familia dentro de este proceso, evidenciando que la familia es el primer recurso.

Se podría recomendar a la institución, que debería de existir un control más exhaustivo con respecto a las emociones que se encuentren presentando los pacientes, podría ser usar un formato de auto registro de emociones, al menos 1 vez por mes. Por otra parte, la institución debería de realizar más integraciones familiares, donde estos pacientes compartan con sus compañeros y familiares. Además, de que se deberían dictar charlas de concientización dirigidas hacia la familia, donde se muestre la importancia de la participación de la familia dentro del tratamiento para los pacientes, sobre todo para mejorar su calidad de vida.

Se recomienda que los familiares de los pacientes con insuficiencia renal crónica, muestren el debido apoyo en su proceso de hemodiálisis, además de que es necesario las muestras de afecto hacia estos pacientes que en su mayoría son de la tercera edad y se encuentran en vulnerabilidad emocional aún más en su situación.

Se recomienda al sistema familiar de esta paciente, involucrarse más en el proceso de hemodiálisis de la paciente y en su vida diaria, que estos ayuden a mejorar la calidad de vida de la paciente, además de que participen y estén pendiente en el control de posibles recaídas, se recomienda que se le dé un seguimiento a la paciente y que se continúen reforzando los lazos familiares.

Bibliografía.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

World Health Organization. (2000) . *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. (5° ed). Barcelona: Panamericana.

Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A. M. J., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). *Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas*. *Nefrología*, 21(2), 191-199.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2006). *BDIII, Inventario de Depresión de Beck* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós

Beekhoven, S., y Dekkers, H. (2005). *The influence of participation, identification, and parental resources on the early school leaving of boys in the lower educational track*. *European Educational Research Journal*, 4, 195-205.

S. Minuchin: *Técnicas de Terapia familiar*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1988. J. A. Ríos González: *Orientación y Terapia familiar*, Fund. Inst. Ciencias del Hombre, Madrid, 1984.

M. Walters y P. Papp: *La red invisible*, Paidós, Buenos Aires, 1991. S. de Shazer: *Pautas de Terapia familiar breve*, Paidós, Buenos Aires, 1987. Watzlawick: *Cambio*, Herder, Barcelona, 1976.

Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador de 2007-2008. *Constitución De La Republica Del Ecuador*. Recuperado de http://ecuadorforestal.org/wp-content/uploads/2010/05/CONSTITUCION_DE_LA_REPUBLICA_DEL_ECUADOR_20081.pdf.

Quispe Burgos, Diana Magaly. *Influencia del apoyo familiar en la demanda del cuidado y adhesión al tratamiento de insuficiencia renal en los pacientes del hospital base Víctor Lazarte Echeagaray período 2016 - distrito de Trujillo*. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7889>

Ana Gómez Carracedo, Estefanía Arias Muñana, Concepción Jiménez Rojas, 2011. *Insuficiencia Renal Cronica. Tratado de geriatría para residentes*. Recuperado de https://www.google.com/search?q=la+insuficiencia+renal+cronica+segun+la+oms&rlz=1C1ZKTG_esEC798EC798&oq=la+insuficiencia+renal+cronica+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0l5.8815j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#

ANEXOS

ANEXO NO.1. SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN A LA INSTITUCIÓN.



Universidad Técnica De Babahoyo
Facultad De Ciencias Jurídicas Sociales Y De La Educación
Carrera De Psicología Clínica



Babahoyo. 01 de abril del 2019

Psi. Clínica

Marisol Rojas De Flores

Psicóloga Clínica De La Unidad De Hemodiálisis "Dial-Ríos".

De mis consideraciones.

Por medio de este presente, yo **RODRIGUEZ DIAZ MADELAINE BEATRIZ**. Con cedula de identidad 120758323-6, me dirijo a usted para solicitarle en calidad de egresada de la escuela de psicología clínica, me conceda el permiso para realizar pruebas y diagnóstico de un caso, en el tema **DESINTERES FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**.

Seguro de contar con su autorización, le anticipo mis sinceros agradecimientos y consideración.

Atentamente.



Madelaine Beatriz Rodríguez Díaz
C.I. 1207583236

Reci. Flores
1 Abril / 19
MRF.

ANEXO NO. 2. AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DIAL – RÍOS

RUC. 1291712203001 – TELF. 052021525

E-mail: unidaddialrios@hotmail.com

Dirección: Ciudadela Barreiro Lindo calle central s / n y calle A
BABAHOYO – ECUADOR



Babahoyo, 02 de Abril del 2019

A quien corresponda:

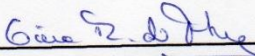
Certifico que el **Madelaine Beatriz rodriguez diaz**, con C.I. 120758323-6, estudiante egresado de la carrera de **Psicología Clínica** de la **Universidad Técnica de Babahoyo**, esta autorizado para que realice su trabajo de investigación con el tema desinterés familiar y su influencia e el estado de animo depresivo de un paciente con insuficiencia renal cronica.

Previo a la obtencion del titulo. Psicologo clinico

Con la finalidad de que obtenga la informacion necesaria para su investigacion.

Atentamente.

UNIDAD DE HEMODIALISIS
DIAL-RIOS
Ps. *Marisol Rojas Machado*
Psicóloga Clínica



Psi. Clin. Gina Marisol Rojas De Flores
Psicologa Clinica De La Unidad De Hemodialisis "Dial-Rios"



ANEXO NO. 3. SEGUIMIENTO DEL ESTUDIO DE CASO.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 25/4/2019
HORA: 9:14

FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓ"N Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓ"N

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓ"N

DOCENTE TUTOR: CEDEÑO SANDOYA WALTER ADRIAN
ESTUDIANTE: RODRIGUEZ DIAZ MADELAINE BEATRIZ
PERIODO ACADÉMICO: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓ"N: EXAMEN COMPLEXIVO
FASE DE MODALIDAD: FASE PRACTICA
PROYECTO DE TITULACIÓ"N: DESINTERES FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

INFORMACIÓ"N DEL PROYECTO DE TITULACIÓ"N

DESINTERES FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA					
FASE	F INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
FASE PRACTICA	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓ"N DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCION					
ACTIVIDAD	F INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INTRODUCCIÓ"N	2019-04-07	2019-04-20	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONCLUSIONES					
ACTIVIDAD	F INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONCLUSIONES	2019-04-12	2019-04-24	TERMINADO	100%	HABILITADO

BIBLIOGRAFIA					
ACTIVIDAD	F INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
BIBLIOGRAFIA	2019-04-12	2019-04-24	TERMINADO	100%	HABILITADO

ANEXOS					
ACTIVIDAD	F INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANEXOS	2019-04-12	2019-04-24	TERMINADO	100%	HABILITADO

DESARROLLO					
ACTIVIDAD	F INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
DESARROLLO	2019-04-07	2019-04-21	TERMINADO	100%	HABILITADO

TRABAJO FINAL					
ACTIVIDAD	F INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INFORME FINAL	2019-04-24	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

CEDEÑO SANDOYA WALTER ADRIAN

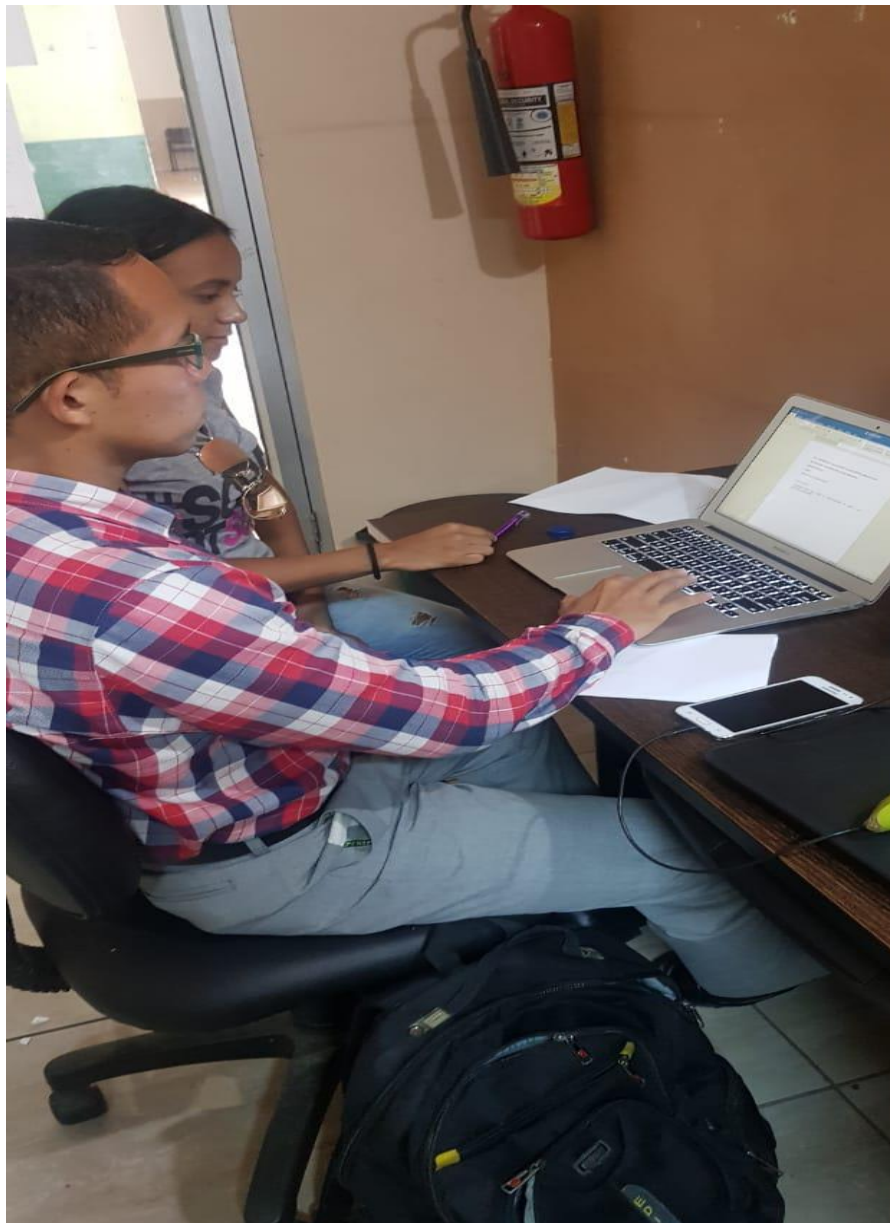
RODRIGUEZ DIAZ MADELAINE BEATRIZ

**ANEXO NO. 4. ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN LAS
INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS “DIAL-
RÍOS”**



Entrevista clínica con la paciente, (Motivo de consulta).

ANEXO NO. 5. TUTORÍAS EN LAS SALAS DE DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO.



Revisión y corrección de actividades enviadas para el cumplimiento del formato del estudio de caso, a cargo del Ms. Walter Cedeño.

ANEXO A. HISTORIA CLÍNICA.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA
PRACTICAS PRE-PROFESIONALES**

PERIODO DE EVALUACIÓN: _____

HISTORIA CLÍNICA

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: _____

EDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

INSTRUCCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÈFONO: _____

REMITENTE: _____

2- MOTIVO DE CONSULTA:

MANIFIESTO

LATENTE:

3- SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

4-IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

5-TOPOLOGÍA FAMILIAR:

6-TOPOGRAFÍA HABITACIONAL:

7-ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:

8-HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS

AFECTIVIDAD:

PARTO:

LACTANCIA:

MARCHA:

LENGUAJE:

CRISIS VITALES:

CRISIS EXISTENCIALES:

9-ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)

10-ADAPATACIÓN ESCOLAR:

11-RELACIONES INTERPERSONALES:

12-ADAPTACIÓN SOCIAL:

13-JUEGOS:

14-CONDUCTA SEXUAL:

15-ACTIVIDAD ONÍRICA:

16-HECHOS TRAUMATIZANTES:

17-ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

18-APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES:

19-CONDUCTA SEXUAL:

20-ACTIVIDAD ONÍRICA:

21-ADAPTACIÓN SOCIAL:

22-ADAPTACIÓN FAMILIAR:

23-RELACIONES INTRAFAMILIARES:

24-ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

25-PENSAMIENTO:

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

CURSO DEL PENSAMIENTO:

26- LENGUAJE:

27- PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:

28- DIAGNÓSTICOS:

FENOMÉNICO:

DINÁMICO:

DIFERENCIAL:

ESTRUCTURAL:

29- PRONÓSTICO:

30- TERAPIA:

31- ESQUEMA TERAPÉUTICO

ANEXO B. TEST PROYECTIVO LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Nombre: Test de la persona bajo la lluvia

Autor: Querol y Chaves

Año: 2005

Tipo de aplicación: Individual

Descripción; El test consiste en dibujar una persona bajo la lluvia y contar su historia, y lo que se busca es obtener información sobre tu personalidad a través de la imagen del individuo bajo condiciones desagradables.

Consigna:

La consigna es clara y sencilla: “Dibuje una persona bajo la lluvia”. Los pacientes pueden hacer preguntas muy diversas antes de lanzarse a dibujar, desde dónde lo dibuja, si le tiene que poner un paraguas, si le hace un paisaje... En estas cuestiones, el psicólogo no debe adentrarse pues estaríamos dirigiéndole en lugar de dejar que se exprese, así que le instamos a que lo haga como desee.

Al igual que en otros test gráficos, el psicólogo debe de tomar nota de los comentarios que el paciente realice mientras dibuja, si lo hace rápidamente o se toma su tiempo, todo aquello que resulte llamativo para después estudiarlo e interpretarlo.

ANEXO C. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre original: inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)

Autor: Aaron T. Beck

Año: 1961

Tipo de aplicación: individual, auto administrado.

Descripción: Es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual)

Reactivo.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: **Estado Civil** **Edad:**

Sexo Ocupación **Educación:** **Fecha:**

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1).

0. No me siento triste
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1. Me siento desanimado respecto al futuro.
2. Siento que no tengo que esperar nada.
3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

0. No me siento fracasado.
1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6).

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Me siento como si fuese a ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7).

0. No estoy decepcionado de mí mismo.
1. Estoy decepcionado de mí mismo.
2. Me da vergüenza de mí mismo.
3. Me detesto.

8).

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2. Desearía suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

0. No lloro más de lo que solía llorar.
 1. Ahora lloro más que antes.
 2. Lloro continuamente.
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11).
0. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2. Me siento irritado continuamente.
 3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12).
0. No he perdido el interés por los demás.
 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 3. He perdido todo el interés por los demás.
- 13).
0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 1. Evito tomar decisiones más que antes.
 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 3. Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14).
0. No creo tener peor aspecto que antes.
 1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 3. Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15).
0. Trabajo igual que antes.
 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 3. No puedo hacer nada en absoluto.
- 16).
0. Duermo tan bien como siempre.
 1. No duermo tan bien como antes.
 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17).
0. No me siento más cansado de lo normal.
 1. Me canso más fácilmente que antes.
 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19).

0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1. He perdido más de 2 kilos y medio.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.
3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Puntaje.

ANEXO D. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: Escala De Ansiedad De Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Autor: Max Hamilton

Año: 1959

Tipo de aplicación: Individual.

Descripción: Es un cuestionario psicológico, para calificar la severidad de la ansiedad de un paciente. El propósito de ésta escala, sólo para ansiedades severas, ó tratadas incorrectamente. La escala consiste de 14 ítems, diseñados para evaluar la severidad de la ansiedad de un paciente. Cada uno de los 14 ítems, contiene un número de síntomas, y cada grupo de síntomas, está calificado en una escala de cero a cuatro, con cuatro siendo el más severo. Todas estas puntuaciones, son usadas para computar una puntuación general, que indica la severidad de la ansiedad de la persona.

Reactivo.

Escala de Ansiedad De Hamilton

Nombre:

Edad:

Unidad/centro:

Fecha:

No. De Historia

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE INCAPACITANTE
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4

<p>2. Tensión.</p> <p>Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud</p>	0	1	2	3	4
<p>3. Temores.</p> <p>A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes</p>	0	1	2	3	4
<p>4. Insomnio.</p> <p>Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.</p>	0	1	2	3	4
<p>5. Intelectual (cognitivo)</p> <p>Dificultad para concentrarse, mala memoria</p>	0	1	2	3	4
<p>6. Estado de ánimo deprimido.</p> <p>Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.</p>	0	1	2	3	4
<p>7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.</p>	0	1	2	3	4

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4

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

Ansiedad Psíquica	
Ansiedad Somática	
Puntuación Total	

ANEXO E. CUESTIONARIO DE PREGUNTAS SEMIESTRUCTURADAS.

Entrevista semiestructurada

Paciente:

Edad:

Fecha:

1. ¿Por quién es usted acompañada a realizarse su proceso de hemodiálisis?
2. Con que frecuencia se siente solo y deprimido?
3. ¿Recibe usted visita de sus familiares?
4. Se siente usted abandonado por sus familiares?
5. El abandono o desinterés de sus familiares lo desmotivan a recibir su tratamiento de hemodiálisis?