



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

DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA:

DEPRESIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN EL ÁMBITO INTERPERSONAL EN UN
PACIENTE DE 58 AÑOS

AUTORA:

EVERLIN VALERIA MACIAS ZURITA

TUTOR:

MSC HERIBERTO LUNA ÁLVAREZ

BABAHOYO -AGOSTO/ 2019



INDICE

Contenido

RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DESARROLLO	¡Error! Marcador no definido.
Justificación	¡Error! Marcador no definido.
Objetivo	¡Error! Marcador no definido.
Sustentos Teóricos	¡Error! Marcador no definido.
Técnicas aplicadas para la recolección de la información	¡Error! Marcador no
definido.	definido.
16	
Resultados Obtenidos	¡Error! Marcador no definido.
Soluciones planteadas	20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	22
BIBLIOGRAFIA	24
ANEXOS	26



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



RESUMEN

La depresión es una enfermedad que imposibilita al individuo a realizar sus actividades cotidianas, aparece asociada a pacientes con enfermedades crónicas o terminales, como es en el caso presentado, la misma se encuentra asociada a la insuficiencia renal que viene padeciendo desde hace varios años, lo que ha deteriorado su estado físico, y autoestima teniendo como secuelas el surgimiento de conductas evitativas, lo cual estaba ocasionando una grave afectación en el ámbito interpersonal.

Las pruebas diagnósticas, Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend Escala de depresión geriátrica de Yesavage, la historia clínica y la guía de observación fueron de gran utilidad, se pudo establecer el diagnóstico de depresión, el esquema terapéutico establecido se sirvió del modelo cognitivo conductual, el uso de estas técnicas rindió buenos resultados, mejorando las relaciones interpersonales del paciente y reduciéndose los comportamientos evitativos y de escape.

Palabras clave: depresión, ámbito, interpersonal, insuficiencia, renal, hemodiálisis, terapia, cognitiva, conductual.



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



ABSTRACT

Depression is a disease that makes it impossible for the individual to perform their daily activities, it is associated with patients with chronic or terminal diseases, as it is in the case presented, it is associated with the renal insufficiency that has been suffering for several years, that has deteriorated his physical state, and self-esteem having as consequence the emergence of avoidant behaviors, which was causing a serious affectation in the interpersonal environment.

The diagnostic tests, the Avoidance Scale and Social Anguish of Watson and Friend Yesavage geriatric depression scale, the clinical history and the observation guide were very useful, the diagnosis of depression could be established, the established therapeutic scheme used the model Cognitive behavioral, the use of these techniques yielded good results, improving the interpersonal relationships of the patient and reducing the avoidance and escape behaviors.

Keywords: depression, interpersonal field, renal, failure, hemodialysis, cognitive, behavioral, therapy.

Introducción

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, la persona que la padece presenta habituales cambios en el estado de ánimo, puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares, en el peor de los casos puede llevar al suicidio. El presente trabajo aborda el caso de un paciente con depresión que fue atendido en el área de psicología de la unidad de hemodiálisis dial río Babahoyo del Cantón Babahoyo

La insuficiencia renal aguda se da cuando los riñones pierden la capacidad de filtrar los desechos tóxicos de la sangre, esta afectación implica un gran malestar a nivel emocional dado que el paciente tendrá que soportar de por vida, a menos que reciba un trasplante de este órgano, un tratamiento conocido con el nombre de hemodiálisis que sirve para purificar la sangre y hacer que el organismo funcione adecuadamente.

Por su contenido el presente trabajo de investigación se halla inmerso en la Línea de investigación de la Carrera de Psicología el cual tiene como tópico el prevención y diagnóstico y como Sub- Línea de investigación, el funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar y su influencia en el proceso de enseñanza aprendizaje.

A partir de investigaciones que abordan la temática, establecemos una postura psicológica para aplicar las técnicas utilizadas en el proceso de evaluación diagnóstica del paciente, posteriormente se detalla el caso con un determinado número de entrevistas diagnósticas realizadas.

Con los resultados obtenidos del análisis de las diferentes técnicas implementadas obtuvimos un diagnóstico más fidedigno y así se pudo establecer el esquema terapéutico para llevar a cabo el proceso de intervención, una vez concluido este se procedió a plasmar las conclusiones y recomendaciones, y por último la bibliografía de la misma

Desarrollo

Justificación

La realización de este proyecto de investigación es de gran importancia por la magnitud de personas afectadas por la depresión a nivel local, regional y mundial siendo una de las principales causas de suicidio en personas de toda edad, raza y condición social, más aún de personas que encuentran recibiendo tratamientos por afecciones medicas de aquí la necesidad de tener una visión más amplia sobre esta problemática.

Entablar la relación entre el tratamiento de personas sujetas y hemodiálisis nos abre la puerta a un campo de acción para los psicólogos porque esta es un área para la cual debemos prepararnos como clínicos y conocer de qué forma diagnosticar e intervenir oportuna y eficazmente además de aprender a cooperar con el equipo multiprofesional que atiende estas enfermedades de tipología crónica.

El presente estudio de caso aportará en primer lugar con conocimientos de enfoque científico sobre la temática tratada además de con técnicas de valoración diagnostica para realizar fidedignamente un diagnóstico más eficaz, así como como propondrá estrategias de intervención psicológica viables a la resolución de los conflictos emocionales de la paciente.

El principal beneficiado del presente trabajo investigativo fue un paciente atendido en la unidad de hemodiálisis que participo en el proceso psicoterapéutico que se llevaron a cabo, además directamente se beneficiaran sus familiares, así como los demás usuarios que acuden a la unidad de hemodiálisis dial rio Babahoyo del Cantón Babahoyo.

Este estudio fue viable y factible de realizar debido a que contó con el consentimiento del paciente atendido en esta institución además de las autoridades referentes de la misma quienes facilitaron la autorización y las instalaciones de la institución para la realización del mismo, así como de los recursos materiales procedentes de la realizadora del mismo.

Objetivo

Determinar si la depresión tiene repercusión en las relaciones familiares en un paciente de 58 años atendido en el área de psicología de la Unidad de Dial Ríos Babahoyo del Cantón Babahoyo

Sustentos Teóricos

Se puede explicar la depresión como el hecho de sentir triste, aflicción, infeliz, decaído o abatido. Gran parte de nosotros se siente de este modo alguna vez en períodos cortos. La depresión es un trastorno del estado anímico en que los sentimientos de ira, pérdida, tristeza o desilusión interfieren en la vida diaria durante períodos cortos o largos.

La depresión es un desorden psicológico que se ven más en los adultos mayores; a pesar de que se requiere de mayor investigación sobre los componentes psicosociales correlacionados con ambas condiciones, la que debe poner gradualmente hacia los esquemas de interacción entre los factores predisponentes a las variables moduladoras, tales como la percepción del sujeto, la autoestima, las expectativas de percepción de la eficacia y el apoyo social (Gonzalez, 2017).

En 2020 la depresión será una de las primeras causas de pérdida lo que afectará principalmente la vida laboral y la relación interpersonal de miles de sujetos, señaló José Luis Góngora Alfaro. El coordinador de Neurociencias del Centro de Investigaciones Hydeyo Noguchi de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) señaló que esas cifras se fundamentan en proyecciones realizadas por la OMS (Organización mundial de salud [OMS], 2013).

En la entrevista, se relató que el desarrollo de las tecnologías de la comunicación y la información, lamentablemente, forman parte del problema de la depresión en la vida de los humanos. "Las personas que viven de prisa, tiene pavor de ser despedidos de su trabajo o hallarse desempleada, hay pérdida en el sistema familiar, estrés laboral, entre otros". (Rodas, 2014)

"La depresión perturba el estado mental de los sujetos y eleva el grado de estrés, por lo que muchas veces los sujetos que lo padece empiezan a perder el sentido de la vida que comienzan a perder las llamadas horas hombre" Fernández (2014), Especialmente cuando se entra a una fase conocida como la depresión mayor, esta enfermedad afecta a los sujetos por periodos que duran dos semanas consecutivas y que se caracteriza por la irritabilidad y el interés por las actividades placenteras.

"Esta patología en el ámbito laboral tiene graves consecuencias ya que la interacción entre los sujetos que la padecen, se prevé que en menos de una década la depresión sea una de las causas de la pérdida de horas en los sujetos en la vida productiva", (Fernández, 2014).

Depresión en pacientes con insuficiencia renal

La insuficiencia renal aguda se da cuando los riñones dejan la capacidad de filtrar los desperdicios de la sangre. Cuando los riñones pierden la capacidad de filtrar, pueden acumularse niveles tóxicos de desechos, y puede desequilibrarse la combinación química de la sangre.

Múltiples estudios han demostrado abiertamente que la depresión y los síntomas asociados, como la disforia, reduce la Calidad de Vida, afectan los tratamientos médicos y reduce la vida. Esto se da a que la depresión altera las relaciones interpersonales, primordialmente en circunstancias laborales, el grado de estrés y la percepción de la salud y los síntomas físicos. Los usuarios con diagnósticos de insuficiencia renal y otras enfermedades asociadas tienen un riesgo de padecer síntomas depresivos de dos a cuatro veces siendo mayor en la población general. Los estudios realizados han demostrado que la prevalencia en la depresión mayor encontrada con atención ambulatoria es del 6 al 14% y ésta es entre dos y tres veces mayor para usuarios hospitalizados también con enfermedad crónica (Jara, 2017).

En las investigaciones iniciales en la prevalencia de trastorno depresivo en adultos mayores “oncológicos” se llevaron a cabo utilizando muestras heterogéneas relacionada al tipo alteración de los tejidos, con estadios tumorales desconocidos, empleando definiciones no estandarizadas de depresión, muestras exageradamente pequeñas y/o poblaciones mixtas de usuarios ambulatorios u hospitalizados. De esta manera las cifras con depresión en la población oncológica varían considerablemente según el modelo de estudio desde el 1.5% hasta el 50% (Organización mundial de salud [OMS], 2013)

Los porcentajes referidos se sitúan al 15% [179] mientras que la presencia de síntomas afectiva se en un 38% de la población con insuficiencia renal , en nuestro país, Rodríguez Vega et al. Encuentran que, en la ansiedad, que mientras un 9.2% de los cuidadores primarios de los usuarios oncológicos superaban la puntuación clínica de la escala de depresión del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), un 14.6% de los propios usuarios manifestaban esas puntuaciones. En las investigaciones de Harter, ya mencionado, se evidenciaron prevalencia del trastorno depresivo con un 6.8% superior el total, esta prevalencia es notoriamente superior a la encontrada en la muestra general que se sitúa alrededor de un 4.2% (2,8% en hombres y 5.6% en mujeres) (Ortega, 2014)

El primer impedimento que se encuentra en los tratamientos en estos trastornos es la complejidad del diagnóstico. En un primer nivel de la enfermedad aparece un solapamiento entre la respuesta del estrés esperable tras la valoración y el trastorno depresivo. El criterio para diferenciar una y otro es primordial temporal.

Según Rosas (2015) es significativo la creencia difundida entre sanitarios y usuarios de que el estado anímico de tipo depresivo es apropiado “dadas las situaciones”. De la misma manera todavía perdura poco estigma asociado a “lo psicológico o a lo psiquiátrico” falta de formación de los clínicos en la localización de aquellos trastornos. Por otra parte, como se manifiesta con anterioridad, los síntomas depresivos son similares a la enfermedad física y a los tratamientos, los tratamientos

oncológicos pueden provocar síntomas similares a la depresión (pérdida de peso, falta de reactividad placentera, enlentecimiento psicomotor). (Rosas, J, 2015)

Se ha observado que, por estos motivos, los instrumentos de valoración a empleados para la localización de estos trastornos en el entorno de la insuficiencia renal asiduamente sobrestiman la gravedad del trastorno, diagnosticando como síntomas psiquiátricos apropiados de dicha enfermedad o de su tratamiento.

Relaciones personales

Las relaciones personales del sujeto son las áreas de interacción social en que casualmente se desenvuelve la persona como es: en la escolaridad, en la calle, trabajo, etc. se fundamenta en la correlación que se crea con aquellos sujetos con los cuales se relacionan diaria, las cuales esto lo beneficia a los usuarios a formas su propia personalidad, esto se da mediante la asociación entre personas donde circulan diversas emociones como la alegría, amor, miedo, etc. Esta se da en varias situaciones, sea en la familia, amistades, matrimonio, trabajo, iglesias, comunidades, etc. (Garces, 2014)

Se les cataloga como un nivel de correlaciones sociales, las cuales llegan a inclusive ser regularizadas por las instituciones y leyes de la interacción social. Están relacionadas para intervenir, que es el proceso que permite a los usuarios compartir datos con otros, lo cual lo efectúa de forma verbal o no verbal. En las relaciones interpersonales los usuarios llegan a lograr ciertos objetivos que son primordial para su desarrollo dentro del entorno sociedad. (Miranda, E, 2017)

La sociabilidad es un aspecto fundamental en el desarrollo individual de las personas. Se entiende que es la capacidad que tenemos los seres humanos hacia las demás personas, en estar en contacto con otros, de construir relaciones con otros. La sociabilidad se compone de la siguiente manera: en el ámbito vertical, relativo a la

relación, y el ámbito horizontal, relativo a la relación con otras personas, más o menos cercanas. (Miranda, E, 2017)

En la sociabilidad horizontal, los usuarios desarrollan lazos con los que los rodean; están asociados en tener diferentes niveles de profundidad. A lo largo de la vida del usuario aumentan los vínculos con su círculo familiar; luego con el círculo de amigos, pareja, colegas de trabajo, entre los vínculos más notable se devisa precisamente los filiales, los de pareja, los parentales, los lazos con los nieto y con los amigos.

Entre las necesidades básicas del ser humano cabe destacar: (Ortega , 2016)

- Necesidades fisiológicas: comer, dormir, respirar, beber, descansar.
- Necesidad afectiva.
- Necesidad del contacto físico.
- Necesidad de la intimidad.
- Necesidad de pertenecer a grupo.

La pareja

En la adultez en edades mayores las personas que están solteras son una minoría en tanto en que las que viven en pareja, éstas últimas llegan a tener un cónyuge con quien han compartido toda la vida y con el (la) cual se tienen hijos y nietos en común, pueden tener una pareja más reciente con el cual comparte afecto e intimidad En este período de la vida, con la parejas comparten mucho más tiempo, pues ya sido jubilado o trabajan menos horas. En algunas ocasiones el tiempo compartido son el motivo de conflicto (Holmes, 2016).

Los amigos /Las amistades

Los amigos son de gran importancia durante la vida ya que acompañan al devenir de cada sujeto, participando en eventos significativos, de intereses comunes y

compartiendo intimidad. Son testigos de la existencia, compañeros de desafíos y muchas veces cobijo en los momentos difíciles. “Necesitamos a los amigos, nos aportan no sólo compañía en diversos momentos felices o tristes y también contribuyen a hacernos reflexionar y a cuestionarnos. Los amigos y amigas verdaderos, al elegirse mutuamente, están expresando que aprecian algo en el otro y lo valoran. (Holmes, 2016)

Las amistades verdaderas ayudan a fortalecer la autoestima de ambos” Hombres y mujeres no se comportan de la misma manera. Las mujeres intiman ya que desarrollan vínculos emocional más cercanos mientras los hombres orientan las relaciones a compartir actividades en el cual compartir experiencias de la vida (Hernandez, 2016).

A lo largo de la vida se hicieron amigos en el barrio, en el instituto, en la universidad, en el área trabajo, en las actividades deportivas etc. Las amistades van evolucionando con el pasar del tiempo entre ellos se van valorándose. Las amistades maduran a medida que pasa el tiempo. La disminución de ingresos, a partir de la jubilación, hace que los adultos mayores se limiten en su relación con las amistades: no siempre pueden invitar o salir ya que en ocasión no les alcanza el dinero unos no trabajan en el cual no tienen pensiones económicas. En ocasiones es posible encontrar de recreación gratuitas donde podrán desarrollar y cuidar la amistad. (Holmes, 2016)

La comunidad

La vida personal y social se desarrolla en los espacios donde se los puede llamar comunidad. En este espacio, parcialmente es cercano, cada usuario se establece, tiene su morada, encuentra adonde abastecerse, ejecutar trámites, recrearse. El sentirse parte de una colectividad le produce felicidad, más aún si participa activamente en ella. En el ambiente de la comunidad establecen relaciones, más o menos cercanas, con vecinos, amigos o los proveedores de servicio. (Mendez, 2017).

La dimensión religiosa

La vida espiritual forma parte del crecimiento integral de las personas. Todos los seres humanos están dispuestos desarrollar, a lo largo un sentimiento por lo vida espiritual, En algunas circunstancias, el vínculo espiritual llega a ser con Dios. Para muchos ancianos, esta vinculación se central en su existencia y la alimentan mediante la oración, los sacramentos, las celebraciones budistas, participando habitualmente—según sea el caso— en templos, parroquias o en pequeñas comunidades de tipo religioso.

Efecto de la depresión en el ámbito interpersonal

Como sabemos la depresión tiene un mayor impacto a niveles individuales y familiares, con nivel social la depresión tiene varios efectos negativos: mayor dependencia a servicios sociales. En estas circunstancias suelen provocar en el adulto mayor que decaiga la confianza de sí mismo y baje la autoestima, se le dificultara mantener relaciones interpersonales como las relaciones de parejas, familiares también se ven afectadas. (Parreño, 2014)

En el ámbito laboral, los efectos cognitivos, emocionales de la depresión minimizan la capacidad para trabajar eficientemente. De esta manera de vez en cuando puede aumentar el estrés en otras situaciones el hecho de trabajar puede ser un integral crucial para ayudar en el proceso de recuperación. Por este motivo el médico puede darte de baja laboral, principalmente a principios del tratamiento. (Parreño, 2014)

La depresión, puede inhabilitar de manera temporal el ejecutar en la actividad profesional disminuyendo significativamente la iniciativa, la concentración, la memoria. El trabajo puede tener una influencia prejudicial sobre la depresión. Las actividades diarias y las relaciones profesionales benefician el equilibrio y la identidad del sujeto ya que esto favorecen confianza en si mismo. (Parreño, 2014)

Diálisis y hemodiálisis

Con la diálisis se trata la insuficiencia renal terminal. Este procedimiento retira los residuos de la sangre cuando los riñones no pueden hacer el funcionamiento.

¿Qué es la hemodiálisis?

La principal función es eliminar las toxinas y líquido extra de la sangre que se encuentran en los riñones. Si los desechos se amontonan en el cuerpo, puede ser peligroso y causar la muerte. (Franco, S, 2017).

La hemodiálisis otros tipos de diálisis ejecuta la función de los riñones cuando dejan de trabajar bien., la hemodiálisis puede:

- extraen la sal extra, el agua y los productos de desecho para que no se amontonan en su cuerpo
- conserva los niveles adecuados de minerales y vitaminas en el cuerpo.
- Ayudar a controlar la presión arterial
- Ayudar a producir glóbulos rojos

Durante la hemodiálisis, la sangre pasa a través de un tubo hasta un riñón artificial, se divide en 2 partes separadas por una pared delgada. A medida que la sangre pasa por el filtro, un líquido especial extrae los residuos, la sangre luego vuelve al cuerpo mediante un tubo. El especialista crea una entrada donde se une con el tubo. Por lo general, un acceso está conectado al vaso sanguíneo que se encuentra ubicado en el brazo.

Cuando iniciar la diálisis

La insuficiencia renal se la conoce como el último nivel de la enfermedad renal (crónica). Esto se da al momento en que los riñones ya no pueden atender las necesidades

de su cuerpo por más tiempo. El especialista examinara con el usuario el uso de la diálisis antes de que la necesite. Generalmente las diálisis son adecuadas cuando al usuario solo le quede del 10% al 15% de la función del riñón. La hemodiálisis en la mayoría de los casos se realiza en un centro especializado para diálisis especial. (Franco, S, 2017)

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

Ficha de observación

Son instrumentos de investigación y evaluación y recolección de datos, referido a un objetivo específico, en el que se determinan variables específicas, se utilizan para registrar datos en este caso sobre las actitudes del paciente durante la entrevista inicial y las sesiones terapéuticas. (ver ANEXO N°1)

Historia clínica

Se utilizará para recolectar información personal de sus antecedentes hasta la actualidad de la paciente e indagar por medio de estas sobre el origen de su problemática y determinar posibles alternativas de solución a las mismas. (ver ANEXO N°2)

Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend

El test “Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend”, esta escala es una de las herramientas más utilizadas en investigaciones psicológicas sobre la evitación social, en el presente trabajo de investigación fue de enorme utilidad para medir rangos. Explora dos tipos de situaciones, las sociales y las de actuación, desde las vertientes de ansiedad y evitación. Consta de 28 ítems de respuesta dicotómica “verdadero-falso” que puntúan como 0-1 respectivamente. La puntuación total oscila entre 0-28 (0 representa ansiedad y evitación nulas, y 28 ansiedad y evitación máximas) Se utilizó para evaluar el nivel de Evitación y Angustia Social en el paciente. (ver ANEXO N°3)

Escala de depresión geriátrica

Autor: Jerome Yesavage Año : 1982

Se trata de un instrumento de autoreporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas (“¿Siente que su vida está vacía?”), mientras que 10 son considerados ítems inversos (“¿En el fondo está satisfecho con su vida?”). Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 30, en donde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión. Tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en el paciente adulto mayor. (Matheus. G, 2013)(Ver ANEXO 4)

Resultados Obtenidos

Desarrollo del caso

“Manuel” (nombre protegido) caso clínico de un paciente de 58 años con Insuficiencia Renal Crónica estadio V y por el que se encuentra en el programa de hemodiálisis, vive con su esposa y tiene 3 hijos y 4 nietos, habita en el sector de Puerta Negra, con su cónyuge el menor de sus hijos, los otros viven aparte con sus familias.

Es derivado por el médico tratante a consulta en el área de psicología de la Unidad de Dial Ríos Babahoyo del Cantón Babahoyo debido a que últimamente el estado anímico del paciente ha presentado alteraciones, aparentemente a consecuencia del tratamiento de hemodiálisis que se encuentra recibiendo.

La evaluación del caso se desarrolló a lo largo de cinco sesiones psicodiagnósticas, cada una con una duración de 45 minutos, y que comprendieron las siguientes etapas:

La primera entrevista se realizó con la finalidad de adquirir afinidad y confianza terapéutica (rapport) en esta entrevista se anotaron los datos de filiación del paciente, y de su grupo familiar además se anotaron el motivo de consulta, también la síntesis e irrupción del cuadro psicopatológico.

La segunda entrevista registró la historia familiar, y se indagaron los antecedentes psicopatológicos familiares. También se realizó la Anamnesis del paciente, cabe indicar que las guías de observación se utilizaron durante todas las sesiones.

Durante las tercera y cuarta entrevista realizadas se llevaron a cabo la aplicación de pruebas psicométricas con el objetivo de cuantificar los rasgos psicopatológicos. Posterior a esta última se procedió a la devolución en la cual se entregó al paciente un psicodiagnóstico final.

Situaciones detectadas

Paciente acude a entrevista psicológica durante la cual manifiesta sentirse mal y por esto ha dejado de comer, de esto da fe el médico tratante así como del personal de enfermería por su extrema delgadez y apariencia de una persona mucho mayor que la edad real que tenía, pero es que no sabe hasta cuándo va a tener que continuar con este tratamiento, si sigue igual o empeora.

“Siento vergüenza de mi estado físico, me molesta verse al espejo, quisiera romperlo en pedazos, antes tenía muchos amigos hoy son un recuerdo distante, quisiera volver a esa época pero ahora todo es tan diferente, cada vez que salgo a la Unidad de hemodiálisis es un desafío, mi vida es un asco prosigue”. (Manuel)

“Mis problemas de salud habían iniciado aproximadamente ocho años atrás, cuando sentía debilidades y mareos frecuentes a los que no les “paró bolas”, en un examen de rutina en el trabajo, me dijeron que tenía principios de diabetes, que tenía que hacerse

otros exámenes adicionales, pero él no se los hizo. Se siguió sintiendo “regular”, pero no consultó”. (Manuel)

“Hace seis años fue hospitalizado de urgencias por una infección urinaria. Desde allí le dijeron “que su riñones no andaban bien, que se tenía que cuidar, alimentarse sanamente, llevar dieta, hacer ejercicio, la verdad no hice mucho caso a esas recomendaciones”. (Manuel)

Hace cinco años las cosas empeoraron, a tal punto que fue necesario iniciar una hemodiálisis, a la que reaccionó con empeoramiento de su sensación de cansancio y debilidad crónicas, mareos incapacitantes y efecto aún más depresivo. Por esto inicio el tratamiento de hemodiálisis y los trámites para trasplante renal”.

En el examen psicológico se le encontró muy deprimido, apático y con tendencia al mutismo; rechazaba la entrevista; tenía una debilidad tan extrema que le dificultaba el diálogo, la concentración y la atención; asimismo, presentaba ideación fuertemente minusválida, de abandono y culpa, al igual que gran astenia, adinamia y anorexia. El juicio y el raciocinio se conservaban. Se corroboró el diagnóstico F06.31 trastorno depresivo debido a otra afección médica asociado a F40.10 Fobia social.

Soluciones planteadas

Se propone un Esquema terapéutico cognitivo conductual basado en que el paciente pueda continuar la vida de un modo satisfactorio, sin que el dolor por la pérdidas funcionales impida la vivencia plena de sentimientos positivos respecto a los otros, la terapia se dividen 7 sesiones de 60 minutos de duración. El diseño de la intervención estaba programado en torno a un periodo de 45 días.

Los pilares y herramientas fundamentales de la intervención se manifiestan en los siguientes objetivos:

1ra sesión.

Categoría: Educación

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: dar a conocer a la paciente información sobre la depresión y sus consecuencias

Actividad: durante esta sesión se facilitó a la paciente información sobre depresión, sus complicaciones y las diferentes alternativas terapéuticas para superar esta afección psicopatológica.

2da sesión.

Categoría: registro cognitivo-emotivo

Técnica: Autorregistros

Objetivo: instruir al paciente el uso de autorregistros cognitivos-emotivos

Actividad: El uso de registros diarios acerca de las emociones negativas relacionadas a la depresión

3ra sesión.

Categoría: modificación cognitiva

Técnica: Reestructuración cognitiva:

Objetivo: modificar cogniciones disfuncionales

Actividad: mediante el uso de esta técnica se motiva al paciente modificar las cogniciones negativas sobre las secuelas físicas de su enfermedad

4ta sesión.

Categoría: socialización

Técnica: Entrenamiento en habilidades sociales

Objetivo: mejorar la interacción social del paciente

Actividad: esta técnica tiene la finalidad de facilitar un funcionamiento óptimo en las interacciones sociales.

5ta sesión.

Categoría: resolución de conflictos

Técnica: Terapia de resolución de problemas

Objetivo: adiestrar al paciente en la resolución optima de conflictos

Actividad: esta técnica tiene la finalidad enseñar al paciente estrategias para la consecución de objetivos personales.

6ta sesión.

Categoría: reactivación emocional

Técnica: Distracción cognitiva

Objetivo: incentivar actividades que induzcan sensaciones placenteras en la paciente.

Actividad: tiene la finalidad de motivar al paciente a realizar actividades que anteriormente le resultaban placenteras.

7ma sesión.

Categoría: desensibilización

Técnica: Exposición

Objetivo: superar sensaciones fóbicas del paciente

Actividad: tiene la finalidad de exponer al paciente a situaciones que motiven estímulos fóbicos.

Conclusiones y Recomendaciones

Los resultados del presente estudio de caso apoyan la necesidad de establecer políticas de atención que cubran el cuidado integral del paciente con insuficiencia renal.

Es necesario evaluar y considerar los ámbitos personal e interpersonal de los pacientes a la hora de orientar las intervenciones implementadas por la Unidad de Dial Ríos con objeto de decidir los tratamientos que deberían ser ofrecidos a cada paciente.

En múltiples investigaciones previas y también en esta, la depresión está indiscutiblemente relacionada con la calidad de vida del paciente al incidir en una de ellas, estamos modificando la otra.

La integración en equipos multidisciplinares ayuda a establecer tratamientos que consideren la salud en su definición como estado de bienestar biopsicosocial, así como a disminuir el estigma asociado con los tratamientos psicológicos o psiquiátricos.

El hecho de encontrar un porcentaje tan elevado de pacientes con cáncer con esta patología, señala la necesidad de establecer intervenciones de acompañamiento producto de la elevada carga psicosocial que provocan estos diagnósticos

En la clínica, además, es necesario no sólo detectar los cuadros psicopatológicos sino también el malestar asociado al diagnóstico de cáncer que influye en el ámbito interpersonal de los pacientes.

Entre los retos más difíciles para lograr el deseado cuidado integral está la formación de equipos multidisciplinares que funcionen con objetivos comunes.

Resulta necesario la formación específica sobre principios y cuidados básicos psicosociales de todos los miembros del equipo asistencial en pacientes con enfermedades crónicas.

Se recomienda estudiar con más profundidad el papel que los cuidadores, en especial familiares y pareja, juegan a lo largo del tratamiento de los pacientes. Debería, así mismo, evaluarse la importancia de detectar trastornos del estado de ánimo en dichos cuidadores y la relación de estos con la psicopatología presente en los pacientes, su adherencia al tratamiento, los beneficios obtenidos, etc.

Sería recomendable estudiar el efecto diferencial de distintas intervenciones psicoterapéuticas, por ejemplo, terapia narrativa y terapia cognitivo-conductual y diferentes modalidades, por ejemplo, individual o de grupo. El objetivo sería buscar tanto factores comunes como específicos a las diferentes terapias.

Bibliografía

- APA. (2014). DSM V (1ra ed.). Arlington: APA. Recuperado el 1 de abril de 2019
- Fernandez. (2014). Causas sociales de la depresion. Santander: La Coruña. Recuperado el 9 de agosto de 2019
- Franco, S. (2017). La Hemodialiss (1ra ed.). Barcelona: Zaragoza. Recuperado el 9 de agosto de 2019
- Garces. (2014). Las relaciones interpersonales. Cali: Torres. Recuperado el 8 de agosto de 2019
- Gonzalez. (2017). Depresion (1ra ed.). Boston: Bellair. Recuperado el 10 de agosto de 2019
- Hernandez. (2016). Vivir en pareja (1ra ed.). Santiago: Polo sur. Recuperado el 5 de agosto de 2019
- Holmes. (2016). Salud emocional, la importancia de las relaciones (1ra ed.). New York: Mc,Hill. Recuperado el 8 de agosto de 2019
- Jara. (2017). Estadistica de la depresion en paciente oncologicos (1ra ed.). Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado el 8 de agosto de 2019
- Matheus. G. (2013). Diagnostico, test y escalas para niños y adultos. Toronto: Worldblue.
- Mendez. (2017). Proteccion social de enfermedades mentales. Caracas: Paraiso. Recuperado el 13 de agosto de 219
- Miranda, E. (2017). El paradigma social. Caracas: El Chamo.
- Organizacion mundial de salud [OMS]. (2013). informe estadistico de la depresion a nivel mundial (1ra ed.). New York: ONU. Recuperado el 29 de agosto de 2019
- Ortega. (11 de febrero de 2014). Oncologia, estadistica. Asuncion: Santa Ana. Recuperado el 7 de agsoto de 2019, de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>.
- Parreño. (2014). Enmfermedades comtenporaneas, La depresion. Valparaiso: Luna nueva. Recuperado el 11 de agosto de 2019

Rosas, J. (2015). Sanidad y cuidados paliativos a enfermos terminales. Montevideo: Ríoverde.

Smith. (2015). neurociencia de la depresión. Los Angeles: Masson.

ANEXOS

Anexo 1: fotografías

Imagen 1



La autora del estudio de caso Everlin Valeria Macias Zurita en compañía del tutor del proyecto MSc. Heriberto Luna Álvarez durante la primera sesión de tutoría.

Imagen 2



La autora del estudio de caso Everlin Valeria Macias Zurita en compañía del tutor MSc. Heriberto Luna Álvarez durante la segunda sesión de tutoría.

Imagen 3



Aplicando la entrevista clínica al paciente para recabar información desde sus antecedentes hasta la actualidad.

Anexo 2. Ficha de observación psicológica

FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Numero de sesión: _____

Tiempo de observación: minutos _____ hora de inicio _____ hora final _____

Tipo de observación: _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

COMENTARIO

Anexos 3.- Historia Clínica Psicológica

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE CIENCIAS, JURÍDICAS,
SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA PRÁCTICAS PRE-
PROFESIONALES**

CASO N°

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:

.....

PARTO:

.....

LACTANCIA:

.....

LENGUAJE:

.....**CRISIS**

VITALES:

.....

CRISIS EXISTENCIALES:

.....

9-ESCOLARIDAD:

.....

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:

.....

Test Caracterológico:

..... **Test**
de inventario de ansiedad:

.....

28-DIAGNÓSTICOS:

FENOMÉNICO:

.....

DINÁMICO:

.....**ESTR**

UCTURAL:

.....

31-ESQUEMA TERAPÉUTICO

.....

EVALUACIÓN REALIZADA POR: _____

Anexo 4.- Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend

Identificación Fecha

Indique si las afirmaciones siguientes reflejan o no sus reacciones.

	<u>Verdadero</u>	<u>Falso</u>
1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales no familiares		
2. Trato de evitar las situaciones en las que debo ser muy sociable.		
3. Me resulta fácil relajarme cuando estoy con extraños.		
4. No tengo ningún deseo en especial de evitar a la gente.		
5. Normalmente los encuentros sociales me resultan incómodos.		
6. Normalmente me siento tranquilo y cómodo en los encuentros sociales.		
7. Normalmente estoy cómodo cuando hablo a alguien del sexo opuesto.		
8. Trato de evitar hablar con las personas, a no ser que las conozca.		
9. Si tengo la oportunidad de conocer gente, normalmente la aprovecho.		
10. Frecuentemente me siento nervioso en reuniones informales en las que están presentes personas de ambos sexos.		
11. Normalmente me pongo nervioso con las personas, a menos que las conozca.		
12. Normalmente estoy relajado cuando estoy con un grupo de personas.		
13. Frecuentemente deseo huir de la gente.		
14. Frecuentemente me siento incómodo cuando estoy con un grupo que no conozco		
15. Normalmente estoy relajado cuando estoy con alguien por primera vez.		
16. Ser presentado a alguien me pone tenso y nervioso.		
17. Aunque una habitación esté llena de personas no conocidas, puedo entrar sin ningún problema.		
18. Evitaría acercarme a un amplio grupo de personas y unirme a ellas.		
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago gustosamente.		
20. Frecuentemente me siento nervioso cuando estoy con un grupo de gente.		
21. Tiendo a huir de la gente.		
22. No me importa hablar con la gente en reuniones informales y encuentros sociales.		
23. Raras veces me siento cómodo con un amplio grupo de personas.		
24. Frecuentemente invento excusas para evitar compromisos sociales.		
25. Algunas veces tomo la responsabilidad de presentar a la gente.		
26. trato de evitar los encuentros sociales formales.		
27. Normalmente voy a cualquier compromiso social que tengo.		
28. Tengo facilidad para relajarme cuando estoy con otras personas.		

TOTAL:

Anexo 5.- Escala de depresión geriátrica

1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SÍ	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	no
4. ¿Se siente Ud. frecuentemente aburrido?	SÍ	no
5. ¿Tiene Ud. mucha fe en el futuro?	sí	NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	SÍ	no
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	sí	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SÍ	no
9. ¿Se siente Ud. feliz la mayoría del tiempo?	sí	NO
10. ¿Se siente Ud. a menudo impotente?	SÍ	no
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SÍ	no
12. ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	SÍ	no
13. ¿Se preocupa Ud. a menudo sobre el futuro?	SÍ	no
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SÍ	no
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	sí	NO
16. ¿Se siente Ud. a menudo triste?	SÍ	no
17. ¿Se siente Ud. inútil?	SÍ	no
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SÍ	no
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	sí	NO
20. ¿Es difícil para Ud. empezar nuevos proyectos?	SÍ	no
21. ¿Se siente lleno de alegría?	sí	NO
22. ¿Se siente Ud. sin esperanza?	SÍ	no
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que Ud.?	SÍ	no
24. ¿Se pone Ud. muy nervioso por pequeñas cosas?	SÍ	no

25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SÍ	no
26. ¿Es difícil para Ud. concentrarse?	SÍ	no
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	sí	NO
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	SÍ	no
29. ¿Es fácil para Ud. tomar decisiones?	sí	NO
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	sí	NO
<p>Sumar 1 punto por cada respuesta indicada en negrita y mayúscula No depresión 10 o menos</p> <p>Límite depresión/ depresión: 11 o más (Sensibilidad: 84%; Especificidad: 95%)</p>	Puntuación Total	

Anexo 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

DEPRESION Y SU REPERCUSION EN EL AMBITO INTERPERSONAL EN UN PACIENTE DE 58 AÑOS

EMA	PROBL IVO	OBJET IVO	MARCO TEÓRICO	HIP ÓTESIS	VA RIABLES	METODO LOGIA
¿Cómo repercute la depresión en sus relaciones familiares un paciente de 58 años atendido en el área de psicología de la Unidad de Dial Ríos Babahoyo del Cantón Babahoyo	Determinar si la depresión tiene repercusión en las relaciones familiares en un paciente de 58 años atendido en el área de psicología de la Unidad de Dial Ríos Babahoyo del Cantón Babahoyo	<p>La depresión</p> <p>Se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbada y que aislé socialmente . La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.</p> <p align="right">(González, 2015)</p> <p>Relaciones personales</p> <p>Las relaciones personales del individuo son las áreas de interacción en que usualmente se desenvuelve la persona como son: en la escuela, en la calle, en el área de trabajo, etc. se fundamenta en la relación que se crea con aquellas personas con las cuales se tiene una comunicación diaria, las cuales le ayuda a la persona a formar su propia personalidad, se trata de la asociación entre personas donde fluyen diversas emociones como el amor, el interés, el gusto, etc. Esta se da en variados contextos, sea en el matrimonio, la familia, amistades, clubes, trabajo, iglesias, comunidades, etc.</p> <p align="right">(Farfán, 2014)</p>	Si se reduce la depresión entonces repercutirá positivamente en el ámbito interpersonal del paciente	<p>Variación independiente</p> <p>Depresión</p> <p>Variación dependiente</p> <p>Relaciones familiares</p>	<p>Técnicas diagnósticas</p> <p>Ficha de observación</p> <p>Historia clínica</p> <p>Test de Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend</p> <p>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</p>	