



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



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA:

**INSUFICIENCIA RENAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL ESTADO EMOCIONAL DE
UNA ADULTA MAYOR DE 65 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
DEL CANTÓN BABAHOYO**

AUTORA:

STEPHANY KATERINE LOMBEIDA GARCIA

TUTOR:

Lcdo. FELIX AGUSTÍN BRAVO FAYTONG, M.Sc

2022



RESUMEN

En el presente trabajo investigativo se desarrolla un estudio de caso, en el que se plantea abordar un plan psicoterapéutico, enfocado en la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck, misma que se encuentra orientada con técnicas desarrolladas para la intervención terapéutica de una paciente adulta mayor de 65 años de edad, que a través de un minucioso proceso se logró determinar qué tipo de afectaciones emocionales se generan al padecer de una enfermedad crónica como lo es la insuficiencia renal, mediante el cual se desarrolla un enfoque cualitativo aplicando las herramientas y técnicas psicológicas como la observación clínica, historia clínica, entrevista directa, test de ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck, que beneficiaron en la detección de signos y síntomas específicos de una alteración psicológica con la finalidad de conseguir establecer un diagnóstico estructural, en base a los resultados obtenidos se plantea estrategias de afrontamiento para ayudar al paciente a controlar o eliminar sus pensamientos automáticos elaborando un esquema terapéutico enfocado en la obtención de resultados favorables en el avance de ejecución del tratamiento.

Palabras claves: Insuficiencia renal, diálisis, estado emocional, depresión, ansiedad



ABSTRACT

In this research work a case study is developed, in which it is proposed to address a psychotherapeutic plan, focused on cognitive behavioral therapy, which is oriented with techniques developed for the therapeutic intervention of an older adult patient of 65 years of age, which through a thorough process was able to determine what kind of emotional affectations are generated by suffering from a chronic disease such as kidney failure, through which a qualitative approach is developed by applying psychological tools and techniques such as clinical observation, clinical history, direct interview, Hamilton anxiety test and Beck depression inventory, which benefited in the detection of specific signs and symptoms of a psychological disorder in order to achieve the establishment of a structural diagnosis, based on the detection of signs and symptoms of a psychological disorder in order to establish a structural diagnosis, clinical history, direct interview, Hamilton's anxiety test and Beck's depression inventory, which benefited in the detection of specific signs and symptoms of a psychological alteration in order to establish a structural diagnosis, based on the results obtained, coping strategies are proposed to help the patient to control or eliminate his automatic thoughts, elaborating a therapeutic scheme focused on obtaining favorable results in the progress of treatment execution.

Keywords: Renal failure, dialysis, emotional state, depression, anxiety



ÍNDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación.....	2
Objetivo general	2
Sustento teórico	3
Insuficiencia renal.....	3
Estado emocional.....	5
Técnicas aplicadas	9
Observación directa	9
Historia clínica.....	9
Entrevista Directa.....	9
Test psicológicos utilizados	10
Resultados obtenidos	11
Desarrollo del caso.....	11
Situaciones detectadas	12
Soluciones planteadas	13
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFÍA.....	1
ANEXOS.....	1

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso, catalogado documento probatorio dimensión escrita del Examen Complexivo previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico de la Universidad Técnica de Babahoyo, se realizó bajo la línea de investigación de la carrera de Psicología Clínica: prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y como sub línea aplicación de psicoterapias individuales. El procedimiento de este estudio sirvió para obtener una pauta con el fin de establecer como la insuficiencia renal (IR) repercute en el estado emocional de una adulta mayor de 65 años de edad en la unidad de hemodiálisis del cantón Babahoyo.

Este estudio de caso tiene el propósito de establecer que tipos de afectaciones emocionales se manifiestan en la paciente con IR, siendo este estudio focalizado específicamente en adultos mayores, debido a que diariamente están sometidos a una rigurosa disciplina con varios procesos médicos, control del deseo de beber agua, incertidumbre de las posibles complicaciones y el frecuente temor a morir de manera inminente, siendo factores que influyen y disminuyen la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. Por esto es importante la respectiva investigación para así proceder con la aplicación de técnicas adecuadas con el fin de lograr que su estado emocional influya positivamente a una mejoría en su proceso de tratamiento médico.

El desarrollo de este caso se llevó a cabo por medio de un sondeo de las variables Insuficiencia renal y el estado emocional que favorecieron en la obtención de mayor información. Además de la utilización de herramientas psicológicas como: la observación clínica, la entrevista directa, la historia clínica, complementos específicos como los test psicométricos que sirvieron de gran ayuda en la correcta valoración y reconocimientos de signos y síntomas del intervenido, con el fin de conseguir un diagnóstico preciso para proceder con un acorde procedimiento terapéutico.

DESARROLLO

Justificación

En las prácticas pre profesionales de la carrera de Psicología Clínica, se intervino a una paciente que padece de insuficiencia renal que mostraba signos y síntomas que establecían una alteración en su estado emocional, debido a que los adultos mayores son muy sensibles ante estas situaciones provocando un deterioro en el desarrollo familiar, social y laboral

El estudio realizado es de gran importancia ya que existe una falta de sensibilidad hacia los adultos mayores que padecen de IR por parte del personal de salud que los atiende debido a su escasa comprensión de cómo influye en el estado mental del paciente el padecer de una enfermedad crónica que tiende a provocar el incumplimiento del tratamiento médico.

Cabe recalcar que la paciente beneficiaria de este caso es una adulta mayor de 65 años de edad del cantón Babahoyo de la provincia Los Ríos. Es trascendente debido a su enfoque en adultos mayores y enfermedades crónicas, motivando a profesionales a investigar y aplicar mejores planes terapéuticos para cada afección psicológica. El desarrollo de este estudios de caso es factible debido a que se cuenta con espacio adecuado brindado por la unidad de Hemodiálisis de Babahoyo para la realización de las practicas, la colaboración voluntaria de la paciente, a su vez se cuenta con los recursos técnico, humano, económico, para proceder de manera exitosa en la ejecución de esta investigación.

Objetivo general

Determinar cómo la insuficiencia renal repercute en el estado emocional de una adulta mayor de 65 años de edad de la unidad de hemodiálisis del cantón Babahoyo.

Sustento teórico

Insuficiencia renal

Desde la perspectiva del autor en cuanto a la insuficiencia renal (IR) la define de la siguiente forma:

Es un síndrome caracterizado por un descenso brusco filtrado glomerular y consecuentemente por un incremento de los productos nitrogenados en la sangre. Se asocia con oliguria en dos tercios de los casos y dependiendo de la localización o naturaleza de la causa del daño se clasifica como prerrenal, parenquimatoso u obstructivo. (Carolina, 2016, p18)

Esta definición expuesta en base a su autor plantea lo siguiente con respecto a la insuficiencia renal:

Es una enfermedad que causa problemas en todo el cuerpo específicamente en los riñones que implica un deterioro progresivo impidiendo que puedan filtrar la sangre como deberían ocasionando que los desechos se acumulen en su cuerpo y provoquen otros problemas que podrían deteriorar su salud. Causando más comúnmente, la diabetes y la hipertensión arterial. Torres Zamudio (2003, como se citó en Varela y Zarate, 2020, p 22)

De acuerdo con las definiciones anteriores se puede establecer que la IR se produce cuando se observa que los riñones no funcionan de manera correcta para cumplir con sus funciones, que genera complicaciones en el estado de salud de quien padece dicha enfermedad, mientras la función que realizan los riñones disminuyen, comenzara a evidenciar hinchazón en su cuerpo, principalmente en su barriga, piernas y tobillo

La IR tiene dos clasificaciones que es aguda y crónica los cuales se detallaran a continuación.

Insuficiencia renal aguda

En base a sus estudios Diaz de León et al. (2017) definieron a la Insuficiencia renal aguda (IRA) de la siguiente manera:

Es un síndrome que se presenta por múltiples causas que provocan una injuria y se caracteriza por la discriminación abrupta de la filtración glomerular, la cual resulta por la incapacidad del riñón para excretar los productos nitrogenados y para mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos. Esta alteración en la función renal ocurre posteriormente a la lesión renal en túbulos, vasos intersticio y glomérulos y excepcionalmente en un paciente con enfermedad renal. (p. 281)

La IRA hace referencia a la reducción de la capacidad que mantiene los riñones de suprimir productos nitrogenados de desecho, se lo conoce también como un síndrome clínico, debido a que produce una alteración de manera brusca de las funciones del riñón, desde alteraciones hidroelectrolíticas hasta requerimiento de terapia de sustitución. Cabe recalcar que es una grave complicación a nivel mundial que aflige a una parte de adultos mayores, adultos y adolescentes.

Insuficiencia renal crónica

Según la definición del Ministerio de Salud Pública (MSP,2018) “La Insuficiencia Renal Crónica es una patología de alto impacto epidemiológico, afecta a 1 de cada 10 personas de la población a nivel mundial, siendo una de las principales patologías no transmisibles y con mayor crecimiento en los últimos años” (p. 11).

En función de los estudios realizados a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se la define también como una “alteración de la función renal producida por un grupo de heterogéneo de enfermedades, que afectan distintas estructuras renales (comportamiento glomerular, intersticial, vascular) en distintos patrones temporales (presentación aguda o crónica) durante al menos 3 meses con implicancias para salud” (Acevedo, 2020, párr 2), La morbilidad en estadios inicial y avanzado es aún superior a la población global, siendo las principales causas de muertes en estas personas la enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión y obesidad, añadiendo el daño renal.

Se puede acotar que la IRC es un deterioro sucesivo del riñón, que genera hinchazón en quien lo padece, esto se debe a la retención de líquidos y toxinas, que impacta de forma negativa en la calidad de vida de cada uno de ellos. Esta enfermedad es conocida por ser un proceso incurable, influyendo una carga a nivel económico, desde el punto de vista de dependencia social e incapacitación

Tratamiento renal por hemodiálisis

De acuerdo con dichos autores, Pereira et al. (2017) plantea que:

El tratamiento de hemodiálisis consiste en dializar la sangre a través de una máquina que hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. Dicho procedimiento, es una técnica que al contrario de la diálisis peritoneal, la sangre pasa por un filtro a una máquina, que sustituye las funciones del riñón, donde

esta es depurada. Aunque, esta técnica no supe algunas funciones importante del riñón, como las endócrinas y metabólicas. (párr12)

Impacto psicológico en un paciente con IR

El impacto psicológico que ocasiona la enfermedad crónica en el ciclo de vida de los pacientes, y de cierta manera en el mismo avance de la enfermedad, está conectado en la forma como se emplean estrategias de afrontamiento en relación con los temores, las preocupaciones, las sensaciones ante el procedimiento médico y en la relación al futuro.

Desde el punto de vista en base a sus investigaciones dichos autores Gonzáles et al. (2011) mencionan:

Resulta innegable que la afección mantenida de la función renal y la inminente pérdida de un riñón o de ambos provoca en las personas portadoras de este trastorno diversas limitaciones en su vida personal, laboral, familiar y social. Reacciones psicológicas que abarcan desde manifestaciones de ansiedad, frustración, cólera e incluso diferentes grados de depresión acompañan al padecimiento, sus conocimientos y aceptación por la persona que padece la IRC. Sin embargo se hace desde el punto de vista científico y asistencial profundizar en el conocimiento de los posibles correlatos entre las vivencias y estados psicopatológicos que se estructuran en las personas con IRC con vista a desarrollar alternativas terapéuticas más efectivas para mejorar, desde la zona salutogénica, el bienestar de la persona y su calidad de vida. (párr. 8)

Estado emocional

El estado emocional es una capacidad que tiene el ser humano en manifestar emociones ya sean positivas cuando se encuentra feliz, o negativas cuando se sienten tristes, ansiosos, enojados o temerosos, todas las emociones se producen debido a factores externos y en la manera que tenemos de asimilar los sucesos. Las emociones nos contribuyen a responder con facilidad ante sucesos imprevistos que se realizan de manera automática, siendo estos en la persona impulsos para actuar. Además que cada emoción se encarga de preparar al organismo para responder de manera distinta ante cualquier situación que se presente.

Definiendo el término que es una emoción, se puede encontrar una descripción concisa conforme a Bisquerra (2003, como se citó en Cebriá, 2017) enfatiza que “Una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o una perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (p 8).

Desde la perspectiva de dichos autores Gondim y Estramiana, (2010) “las emociones son el reflejo de estados afectivos personales y colectivos, que influyen en las relaciones interpersonales y grupales, y expresan nuestras reacciones ante los valores, costumbres y normas sociales que dan cuenta de las diferencias culturales” (p.33).

Emociones negativas

Las emociones negativas producen una afectación en la forma de comportarse ante una situación, generando un alto nivel de estrés, miedo, ansiedad y tristeza perjudicando de tal manera la salud emocional y la forma de relacionarse en el ámbito familiar, laboral y social.

Las expresiones desadaptativas se las relaciona comúnmente con las dolencias o enfermedades físicas. En consonancia con Piqueras (2009 como se citó en Nuñez et al. 2018) manifiesta que “las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales; entre las emociones negativas básicas se mencionan las siguientes: miedo, tristeza y la ira” (p.187).

Estado emocional del paciente con IR

Desde el enfoque de varias investigaciones se ha comprobado que los pacientes que se encuentran en etapa media y terminal de una enfermedad crónica son más propensos a presentar alteraciones psicológicas como estrés, ansiedad, depresión, ira y frustración, influyendo de manera negativo en su calidad de vida.

El estado emocional del paciente con IR desde la perspectiva del autor lo expone de la siguiente forma:

El estado emocional del paciente con insuficiencia renal se relaciona con morbilidad y mortalidad, se ha descrito que un estado general de malestar emocional y emociones negativas predice una mayor frecuencia de síntomas somáticos, desarrollo de enfermedades físicas y mentales, aumento de los servicios médicos y estilo de vida no saludables en estos pacientes. (Ruiz, 2017, párr 3)

Se ha documentado según varios autores que la de depresión, ansiedad e ira, tienen una gran influencia en el estado emocional del paciente interfiriendo en el avance del tratamiento, debido a que si el estado de ánimo se encuentra negativo ante la situación, dejará como consecuencia que dicho paciente tenga menor esperanza de un resultado favorable del tratamiento de la enfermedad, que lo llevaría posteriormente a abandonar todo el procedimiento, añadiendo un descuido de su ingesta diaria alimenticia, que aumentaría aún más el riesgo de muerte, por ende afectaría su calidad de vida y su ánimo para realizar actividades diarias.

Afectaciones emocionales

Cuando se habla de afectación emocional se refiere al conjunto de sensaciones relativas que provocarían una serie de síntomas, causando una disminución en la calidad de vida de las personas, cabe mencionar que todos en algún momento han percibido sentimientos de angustia, irritación, miedo, tristeza, dolor, cuando están atravesando por algún momento difícil donde no hay un buen afrontamiento como lo es una enfermedad física.

Se podría añadir además que padecer una enfermedad crónica produce un desequilibrio tanto a nivel físico, social y emocional, debido a que nos imposibilita el conseguir reconocerlos y de entender el porqué del mismo, llegando a producir diferentes malestares psicológicos.

Depresión

De acuerdo con la definición de depresión De la Garza (2004, como se citó en Reyes, 2015) planteó lo siguiente:

Es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad. La depresión tiende a ser episódica, esto significa que puede desaparecer y regresar entre periodos de total recuperación. (p. 39)

La depresión en la insuficiencia renal crónica suele “aparece en los pacientes durante el proceso de adaptación hacia la enfermedad, es usual que al principio del diagnóstico los niveles de depresión sean altos” Reyes, (2015, como se citó en Ochoa, 2021, p. 36), por eso sucede con algunos pacientes donde se puede generar una depresión grave añadido con algún sentimiento negativo provocando en ellos una dependencia emocional y limitación de actividades diarias.

La depresión se establece como un trastorno con alta incidencia a nivel mundial, manifestándose con síntomas de tristeza, insomnio, pérdida de apetito, disminución de placer, falta de concentración. Provocando en quien la padece una dificultad para continuar con normalidad en sus actividades tanto en la familiar, laboral y social.

Ansiedad

Desde punto analítico de este autor Rojas (2004, según como lo citó Reyes, 2015) plantea la definición de ansiedad como “una vivencia de temor ante algo difuso, incorrecto, indefinido, que a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita, es un temor impreciso carente de objeto exterior, considerada un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad” (p. 31)

En base a lo investigado estos autores plantean (Beck y Clark, 2012) “La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica y cognitiva que se activa al anticipar sucesos que se juzgan como aversivas debido a que la persona las percibe como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que podrían amenazar sus intereses vitales”.(p.17)

Según este autor estipula la afectación de la ansiedad en alguien que padece IRC:

Las afecciones crónicas son generadoras de ansiedad debido a que son incurables, su tratamientos perdurable y sobre la percepción de muerte, entre ellas se encuentra la insuficiencia renal crónica que supone para la persona acontecimientos como la dependencia a la maquina en el caso de la hemodiálisis, síntomas físicos, efectos secundarios, en el caso de medicamentos, limitaciones en el diario vivir, pérdida de empleo, dieta restrictiva, incertidumbre por un trasplante de riñón y alteración en la imagen personal. Barranco (2014, según como lo citó Ochoa, 2021, p. 30)

Postura psicológica

Tomando como referencia la definición de cada uno de los autores anteriormente estipulados se consigue evidenciar el nivel de impacto emocional y afectación en el desarrollo de la vida familiar y social que tiene el paciente al padecer de una enfermedad crónica en su salud mental, por ende es necesario hacer énfasis en esta problemática para aplicar estrategias de afrontamiento para lograr establecer un nivel de vida adecuada en quien lo padece.

Técnicas aplicadas

Para obtener un buen avance en este estudio de caso, se lo realizó mediante un enfoque mixto con el método cualitativo y el cuantitativo, considerando la aplicación de las siguientes herramientas y técnicas psicológicas, que fueron atribuidas al paciente para obtener los resultados previstos con el fin de conseguir lo establecido en el objetivo anteriormente mencionado, las técnicas aplicadas fueron: la observación directa, historia clínica, la entrevista y los test psicométricos de escala de ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck.

A continuación se detallará cada una de las técnicas que fueron empleadas.

Observación directa

Esta una de las principales técnicas debido a que su función beneficia en la recolección de información de una manera no tangible, es decir observando su lenguaje corporal, movimientos y conducta, a medida que la sesión procede se puede comprobar la colaboración correcta del paciente, esto beneficia establecer en qué momento parar o proseguir con dicha sesión. Esta observación se empleó en todas las sesiones tomando en cuenta cada uno de los datos suscitados, debido a que se pudo detectar ciertas manifestaciones en su cuerpo por cada situación que narraba, como esquivar la mirada, piernas inquietas, movimiento repetitivo de manos y tocarse la cabeza muy seguido.

Historia clínica

Esta herramienta es de gran utilidad para el trabajo del psicólogo clínico debido a que posibilita la comprensión y obtención de la información del historial del paciente, que abarca anamnesis, antecedentes de enfermedades, historia familiar, laboral social y legal. Al aplicar a la paciente esta técnica favoreció en la recolección detallada de información determinando sus antecedentes familiares, biológicos y personales que establecen varios signos y síntomas que facilita en la valoración de un diagnóstico estructural. (Anexo1)

Entrevista Directa

Es el principal instrumento de uso entre el psicólogo y paciente, con el fin de obtener información precisa referente a la problemática suscitada por el paciente, para despejar dudas que se vayan creando durante el proceso o del caso en particular. Se empleó en las dos primeras sesiones con la finalidad de recabar toda la información posible para identificar el motivo o problema que suscita la paciente, utilizando preguntas abiertas a medida que se presentaba un tema a tratar mientras avanzaba la sesión.

Test psicológicos utilizados

Los test psicológicos son herramientas de evaluación utilizadas para calcular o evaluar de una forma precisa peculiaridades de la psique humana, su resultado es eficaz e útil debido a que ayuda a determinar en qué estado se encuentra el paciente mediante la interpretación de sus signos y síntomas psicósomáticos. Posteriormente en la segunda y tercera sesión se realizó la aplicación de los test a la paciente, el test de escala de ansiedad de Hamilton y el test Inventario de depresión de Beck.

Inventario de depresión de Beck

Este instrumento es muy utilizado en el ámbito clínico, debido a que su uso es para poder detectar si el paciente tiene rasgos depresivos, se compone de 21 ítems que se vinculan con manifestaciones depresivas. Se aplicó en la segunda sesión también con la finalidad de comprobar los síntomas anteriormente observados. (Anexo2)

Escala de ansiedad de Hamilton

Este test es una herramienta que permite al profesional evaluar de manera clínica el nivel de ansiedad que experimenta una persona, se procedió a efectuarlo en la tercera sesión para poder comprobar dichos síntomas percibidos anteriormente en la sesión pero antes de la aplicación se le explicó al paciente todo lo referente a dicho test para conseguir una buena realización del mismo. (Anexo3)

Resultados obtenidos

Desarrollo del caso

Paciente femenina de nombre Teresa (nombre ficticio) de 65 años de edad padece de insuficiencia renal crónica desde hace 9 años y lleva 8 años dializando en la unidad de hemodiálisis Los Ríos, acudió al consultorio de manera voluntaria aludiendo encontrarse mal emocionalmente, es divorciada, vive con su padre y dos hermanos, tiene una hija de 22 años y no realiza ninguna actividad laboral debido a su condición médica.

En este caso se aplicó cuatro sesiones para obtener el diagnóstico estructural de su afectación emocional, tomando como referencia los días que procede a dializar que son Lunes y Viernes, con duración 45 min llevándose a cabo 3 sesiones en el consultorio y la restante debido a la falta de tiempo en la sala de los pacientes que dializan, a continuación se describen las actividades llevadas a cabo en cada sesión:

Primera sesión

La paciente Teresa de 65 años de edad acude al consultorio el día 03 de enero del 2022 a las 10:00 am, se procedió con el inicio de la sesión no sin antes hacerle mención del secreto de confidencialidad, como primera línea se recogió los datos personales, estableciendo de manera adecuada un buen rapport debido a que se sentía un poco nerviosa y triste, se aplicó la observación clínica y entrevista directa con el fin de poder conocer cuál es la problemática o motivo de consulta de la paciente, a medida que avanzaba la sesión la paciente manifestaba sus síntomas y signos, como sentirse muy sensible ante cualquier situación, no poder dormir en las noches, padecer de mucha sudoración, no querer realizar actividades, sentir culpa excesiva, sentirse demasiado irritable ante cualquier cosa, fatigarse con mucha facilidad, en ocasiones desánimos de proseguir con el tratamiento porque no le halla sentido a su vida, todo lo estipulado favoreció para poder establecer que instrumentos aplicar en la siguiente sesión para llegar a un diagnóstico correcto, además se realizó el encuadre programando un horario fijo con el compromiso de asistencia de ella para conseguir un buen avance de la intervención.

Segunda sesión

La segunda sesión se realizó el 07 de enero del 2022 a las 10:00 am en el consultorio, en esta ocasión se logró recabar mayor información con respecto a sus antecedentes familiares, biológicos y psicológicos, su topología habitacional, tipología familiar y la relación con ellos, manifestando que vive con el padre y 2 de sus 5 hermanos menores con los cuales 3 mayores no se encuentra en una buena relación debido a constantes peleas por herencia aludiéndole a ella toda la culpa y responsabilidad, en cuanto a su relación amorosa comentó estar divorciada

de su pareja debido a que él la abandonó cuando le detectaron insuficiencia renal provocándole mayor tristeza en esa ocasión, comenta que no le gusta convivir con los demás porque le provoca desagrado escucharlos y que desde hace menos de un año tiene fastidio que un hombre desconocido se le acerque, por último se procedió con la aplicación de los test de depresión, explicando en que consiste y la forma acorde a desarrollar la aplicación del inventario de depresión de Beck.

Tercera sesión

La tercera sesión se realizó el día 10 de enero del 2022 a las 10:30 en el consultorio, se procedió con la continuación de la aplicación de test explicando de tal manera de que trata y la forma adecuada de contestar el test de escala de ansiedad de Hamilton, se logró recopilar más información, en esta ocasión la paciente manifiesta que sus síntomas se intensificaron y aparecieron más de lo habitual cuando su amiga y compañera de diálisis estando con buen pronóstico de un manera espontánea falleció, piensa que en cualquier momento ella o los demás morirán debido a la complicación de la enfermedad, generándole angustia y tristeza.

Cuarta sesión

La cuarta sesión se realizó el 14 de enero del 2022 a las 11:00 am en la sala de diálisis debido a que la paciente no pudo llegar temprano y a esa hora era su turno de dializar, he allí se efectuó la devolución del psicodiagnóstico a la paciente dándole a conocer los resultados de la información obtenida en las sesiones anteriores explicándole cada punto tratado y que alteraciones emocionales se hallaron en el procedimiento, brindándole información de las posibles soluciones a las problemáticas encontradas estipulando en este caso la aplicación de la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck.

Situaciones detectadas

Durante las sesiones se logró detectar ciertas situaciones en la paciente, ella se mostraba algo triste, enojada, no establecía mirada fija, cuando salía de la diálisis salía muy irritable y débil, también se observaba que nadie la acompaña solo el chofer de la ambulancia la iba a dejar y traer siempre, el descubrimiento de estas situaciones benefician para poder estipular los hallazgos en cada área tanto cognitiva, afectiva, conductual y somática.

Área cognitiva

En esta área se pudo detectar que la paciente expresa pensamientos automáticos como “pensar que en cualquier momento morirá en diálisis”, “que tiene la culpa de todo lo que pasa con su familia” “que no sirve de nada el tratamiento si igual no hay cura”, añadiendo también la dificultad para concentrarse y pensamientos anteriores de muertes e ideas suicidas.

Área afectiva

En esta área se halló un estado de ánimo decaído, se encuentra desmotivada por todo lo que le acontece en su hogar y su enfermedad, presenta sentimientos de tristeza, sintiéndose sin el apoyo de su hija y hermanos, solo cuenta con su padre pero debido a su edad no la comprende, manifiesta sentir angustia cuando dializa y ante cualquier situación que se le presente.

Área conductual

En esta área se detecta un deterioro en el funcionamiento laboral y social debido a que manifiesta no sentirse bien al realizar actividades y no tolera socializar con nadie a su alrededor solo prefiere escuchar alguna música o leer un periódico.

Área somática

La paciente relata que tiene problemas para conciliar el sueño, puede pasar horas en la cama sin poder dormir o cuando se despierta en la madrugada para ir al baño ya no puede dormir, en base a la observación del nutricionista le ha hecho enfocarse en su notable pérdida de peso debido a que ella no tiene el apetito suficiente, además manifiesta que cuando presencia alguna situaciones fea le provoca temblores y su pulso se acelera haciendo que ella no reconozca a nadie a su alrededor.

Resultados de los test

Escala de ansiedad de Hamilton.- Se consiguió una buena aplicación del test, es decir se lo realizó en un ambiente tranquilo, tuvo el tiempo necesario para leer con atención cada ítem, se obtuvo como resultado una puntuación de 37 que muestra una ansiedad grave.

El inventario de depresión de Beck.- Se procedió a la aplicación del test de manera óptima con el paciente obteniendo como resultado de dicho test una puntuación de 26 que muestra una depresión moderada.

En base a todas las situaciones detectadas, se logró establecer un diagnóstico estructural los cuales son trastorno depresivo mayor-episodio moderado (F32.1), trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).

Soluciones planteadas

Una vez recabada la información y obtenido los resultados, en base al diagnóstico estructural establecido, se aplicará técnicas, tomando como referencia el libro de técnicas de terapia cognitiva de Robert Leahy, para establecer en la paciente metas con el fin de ayudarla a controlar o eliminar sus pensamientos automáticos que afectan en su vida a través de la

terapia cognitiva conductual (TCC) de Aarón Beck, elaborando un esquema terapéutico enfocado en dicha terapia.

Tabla 1

Esquema terapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<p>Área cognitiva: Dificultad para concentrarse Pensamientos automáticos negativos Pensamiento de muerte.</p>	<p>Explicar al paciente por lo que está atravesando en su vida. Darle a conocer el proceso terapéutico con el que se trabajara.</p>	<p>*Psicoeducación *Reestructuración cognitiva: *Diferencia entre hechos, pensamientos y emociones *Explicar cómo los pensamientos crean emociones *Examinando evidencia</p>	3	<p>21/01/2022 28/01/2022 04/02/2022</p>	<p>Se logró informar al paciente sobre su diagnóstico, el cual se consiguió un buen entendimiento. También identificó que pensamientos son los causantes de generarle emociones y conductas negativas.</p>
<p>Área afectiva: Estado de ánimo decaído, sentimientos de tristeza, angustia.</p>	<p>Que el paciente pueda identificar y reconocer que son sus pensamientos están generando un estado de ánimo bajo.</p>				
Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<p>Área conducta social-escolar Deterioro en funcionamiento laboral y</p>	<p>Realizar una serie de actividades de interés del</p>	<p>*Programación de actividades</p>	2	11/02/2022	<p>Se consiguió que la paciente esté dispuesta a realizar dichas</p>

adaptabilidad social	paciente lograr poco a poco una integración con sus compañeros de diálisis.		18//02/2022	actividades en compañía de otros.	
Área somática: Insomnio, pérdida de peso, temblores, taquicardia.	Estabilizar su mente en momentos de tensión	*Técnica de relajación pasiva de Jacobson	2	25/02/2020	Se ha tenido un pequeño avance con esta técnica pero se estima lograr que la paciente tenga más control de su mente en momentos de tensión.
	Reconocer y eliminar los pensamientos que provocan perdida de energía	*Costes- beneficios		04/03/2022	La paciente tuvo conocimiento sobre los costos de tener malos hábitos en cuanto a su ingesta de alimentos y su problema de conciliar el sueño

Nota: Este esquema terapéutico detalla el proceso de aplicación de las técnicas de la terapia cognitiva conductual enfocada en una meta establecida para obtener resultados favorables.

CONCLUSIONES

Al iniciar el presente estudio de caso se detectó en la paciente manifestaciones de depresión y ansiedad, lo cual se corroboró con las diferentes aplicaciones de los test, mediante estas situaciones se determinó la manera como la insuficiencia renal la cual padece repercute en su estado emocional.

Desde el punto de vista planteado en el sustento teórico por (González et al), en base a su investigación la cual manifiestan que presentar una inminente pérdida del funcionamiento total o parcial del riñón tiende a provocar en el paciente un alto nivel de complicaciones tanto en su vida personal, familiar, laboral y social, añadiendo también la aparición de alteraciones psicológicas como ansiedad, frustración, estrés y varios grados de depresión. Por lo anteriormente dicho esta investigación concuerda con lo establecido por los autores.

Por medio de la recolección de datos a través de la aplicación de técnicas del proceso psicoterapéutico, que contribuyeron a evaluar signos y síntomas que presentaba la paciente, se logró establecer el diagnóstico estructural correcto, logrando así cumplir el objetivo anteriormente establecido, obteniendo resultados favorables en la ejecución del plan terapéutico de TCC, debido a estrategias y técnicas de afrontamiento, predisposición y colaboración voluntaria de la paciente.

Se recomienda continuar con un seguimiento a la paciente, para que se mantenga con la aplicación de la terapia cognitiva conductual, debido a que aún presentaba otros pensamientos negativos que provocaban malestares en su vida.

Es de gran importancia recomendar a las instituciones que atienden a pacientes con enfermedades crónicas, que brinden una atención psicológica personal a cada paciente de manera inmediata después de ser diagnosticados y también cuando están en el tratamiento de diálisis, debido a que son aún más vulnerables a cualquier tipo de alteración emocional, principalmente afecciones psicológicas como la ansiedad y depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, M. J. (2020). *Enfermedad renal crónica: la clave está en la prevención. Departamento de Medicina Familiar, Universidad catolica de Chile* (parr) 2. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/01/articulo-erc-med-familiar-uc.pdf>
- Alegre, N. C. (2017) *Educación emocional, evolución del concepto e implicaciones en el marco legal de la escuela primaria.*[Memoria de trabajo Universitat de les Illes Balears].https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/3955/Cebria_Alegre_Noelia.pdf
- Beck, A. y Clark (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad.* New York: Desclée de Brouwer.
- Curipallo, C. (2016). *Insuficiencia renal aguda por el uso de AINES.*[Análisis de caso, Universidad técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud]. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23929/2/Curipallo%20Caiza%20Andrea%20Carolina.pdf>
- Díaz de León Ponce, M. A., y Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño, A. D.-E.-S.-C. (2017). *Insuficiencia renal aguda (IRA) clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico diagnóstico y tratamiento una versión lógica.* Revista Mexicana de Anestesiología, (281). <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma174e.pdf>
- MSP, (2018). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de práctica clínica.* Quito: Ministerio de Salud Pública.Dirección Nacional de Normatización.
- Gondim, S. M. (2010). *Naturaleza y cultura en el estudio de las emociones.* Revista Española de Sociología, (33).
- González, Y. H. (2011). *Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica.* Revista Psicología Científica,13(20) (parr8). <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional>
- Núñez, S. C. (2018). *Manejo de las emociones negativas desde el aula: un reto para el equilibrio, salud y conocimiento.* Revista electrónica de humanidades, educación y comunicación social, 25(13), 187.
- Ochoa, P. (2021). *Ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica del Centro de Diálisis "Nefrology".* [Proyecto de investigación, Universidad

Central Del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24707/1/FCP-CPC-CRUZ%20JOSSELYN.pdf>

Ochoa, P. (2021). *Ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica del Centro de Diálisis "Nefrology"*. [Proyecto de investigación. Quito-Ecuador: Universidad Central Del Ecuador]. [://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24707/1/FCP-CPC-CRUZ%20JOSSELYN.pdf](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24707/1/FCP-CPC-CRUZ%20JOSSELYN.pdf).

Pereira-Rodríguez Javier, B.-M. L.-F.-N. (2017). *Dialisis y hemodialisis. una revisión actual según la evidencia*. Nefrología Argentina, (parr.12).

Ruiz, M. A. (2017). *Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, (párr3).

Reyes, E. (2015). *Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal*. [Tesis de grado, Universidad autónoma del Estado de México]. <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65963/NIVELES%20DE%20ANSIEDAD%20Y%20DEPRESI%C3%93N%20EN%20PACIENTES%20CON%20INSUFICIENCIA%20RENAL..pdf?sequence=1>

Reyes, G. (2015). *Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma del Estado de México]. <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65963/NIVELES%20DE%20ANSIEDAD%20Y%20DEPRESI%C3%93N%20EN%20PACIENTES%20CON%20INSUFICIENCIA%20RENAL..pdf?sequence=1>

Robert L. Leahy. (2018). *Técnicas en terapia cognitivas*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Librería AKADIA Editorial, 560 p.

Zarate y Varela. (2020). *Afectaciones emocionales percibidas por los pacientes con deficiencia renal crónica y sus familiares, en el centro médico DVITA S:A:S en el distrito especial turístico y cultural de Riochacha*. [Trabajo de titulación, Universidad AntonioNariño] <http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/2770/1/2020VarelaVillarealYolanisBiatriz.pdf>

ANEXOS

ANEXO A: HISTORIA CLÍNICA

HC. #2

Fecha: 03/01/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: T C L R

Edad: 65 años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo-04/Nov/1957

Género: Femenino

Estado civil: Divorciada

Religión: Católica

Instrucción: Primaria

Ocupación: Ama de casa

Dirección: Babahoyo- Los Ríos

Teléfono:

Remitente: Ninguno

2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a consulta manifestando encontrarse muy mal dada su extremada hipersensibilidad ante cualquier comentario o evento, comenta que hace 5 meses debido al fallecimiento de una amiga comenzó a presentar alteraciones en su estado emocional, manifiesta que se siente mal, muy triste, sufre de insomnio, en ocasión ha intentado quitarse la vida, le da ataques de pánico y no soporta estar mucho tiempo en su proceso de diálisis

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La paciente comenta que a los 9 años fue violada por un vecino, llevada por su primo mayor, nunca se lo había contado a nadie del suceso por miedo.

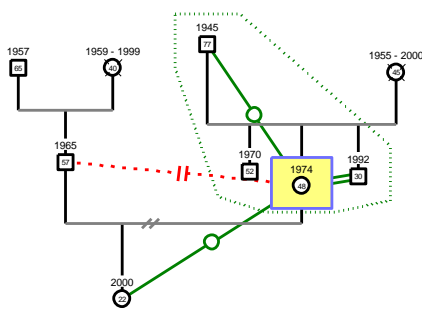
A raíz de su enfermedad presentó problemas emocionales como llanto excesivo, pérdida de conocimiento, durante esos episodios no reconoce a nadie, insomnio, pérdida de apetito, crisis de ansiedad manifiesta que le da calor que siente el deseo de quitarse la ropa y le faltaba el aire, pero comenta que se ha intensificado en estos últimos años debido a que su familia pelea constantemente por la herencia, sus hermanos la acusan de que ella se quiere quedar con todo y eso la pone muy mal y la muerte de su amiga y compañera de diálisis, ha tenido varios intentos de suicidio, ha querido lanzarse de sus terrazas varias veces, comenta que sus hermanos buscan llamar al Dr. para que se calme, toma pastillas actualmente para calmarse y poder dormir

recetadas por un médico de atención primaria. Cuando está dializando comienza a tener angustias, se pone a llorar y siente desesperación pidiendo salir de la cama

También comenta que detesta en estos momentos que un hombre desconocido este a su lado, no soporta la presencia, incluso le tiene fastidio a su ex pareja, también tiene una extremada hipersensibilidad ante cualquier comentario o evento hace que llore desconsoladamente

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a) Genograma



b) Tipo de familia

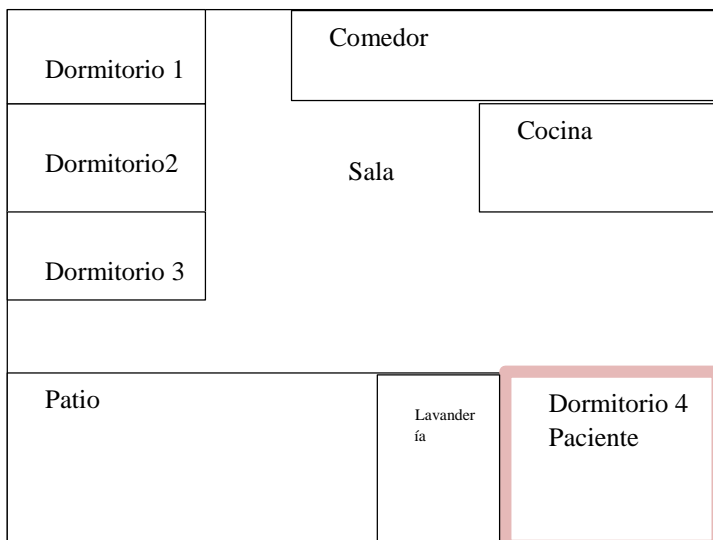
Familia extensa

Vive con su padre y dos hermanos menores

c) Antecedentes psicopatológicos familiares.

Ninguno

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



(Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.)

La paciente manifiesta que no tiene conocimiento de ello

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

Buena relación con sus compañeros y profesores, poco destacaba en participación, en el colegio comenta que algunas veces peleaba con una compañera y era agredida constantemente por otra estudiante

6.3. HISTORIA LABORAL

Ninguna

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

No tiene buena adaptación social.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

Le gusta cocer algunas prendas

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Poco afectiva y con desinterés sexual

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

Ninguna

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La paciente tiene problemas para dormir desde que estuvo enferma, su alimentación también varía en ocasiones.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Fue operada de una apendicitis cuando era adolescente y hace 9 años estuvo muy delicada de salud, le diagnosticaron insuficiencia renal crónica, padecía de anemia porque la enfermedad la tenía decaída, lleva ya todo ese tiempo realizándose diálisis 3 veces por semana.

6.10. HISTORIA LEGAL

Tuvo una denuncia de ambas partes por difamación con una vecina por conflictos maritales, comenta que tenían ese conflicto y hubo agresiones físicas hacia ella pero con la intervención de sus familiares llegaron a un mutuo acuerdo.

6.11. PROYECTO DE VIDA

La paciente manifiesta que anhela terminar la secundaria y también tener un negocio de dispensa en la casa de su padre.

7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Paciente de contextura delgada, lenguaje verbal claro y entendible, buena cooperación en el proceso, al hablar de sus problemas se le noto un poco nerviosa pero ya se tranquilizó con el tiempo

7.2. ORIENTACIÓN

Paciente con adecuada orientación en tiempo y espacio

7.3. ATENCIÓN

Presenta dificultades para concentrarse en algo que le explican

7.4. MEMORIA

Presenta dificultades para retener información larga por mucho tiempo

7.5. INTELIGENCIA

Se encuentra dentro del promedio

7.6. PENSAMIENTO

Adecuado

7.7. LENGUAJE

Adecuado

7.8. PSICOMOTRICIDAD

No refiere problemas psicomotores

7.9. SENSOPERCEPCION

Adecuada ante los diferentes estímulos presentados.

7.10. AFECTIVIDAD

Exceso de llanto

7.11. JUICIO DE REALIDAD

No tiene problemas

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Presenta conciencia de su padecimiento físico y psicológico

7.13. HECHOS PSICODRAMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

Ha querido suicidarse cuanto tiene esos episodios intentando lanzarse de la terraza de casa,

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

Inventario de depresión de Beck (26) moderada

Escala de ansiedad de Hamilton (37) grave

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Dificultad para concentrarse, pensamiento de muerte, ideas suicidas.	Trastorno depresivo moderado Trastorno de ansiedad grave
Afectivo	Decaimiento en el estado de ánimo, tristeza, angustia, desmotivación	
Conducta social - escolar	Deterioro en el funcionamiento laboral.	
Somática	Insomnio, pérdida de peso, temblores, taquicardia.	

9.1. Factores predisponentes:

Violación en la infancia

Fallecimiento de la madre
Peleas constantes con sus familiares
Enfermedad renal

9.2. Evento precipitante:

Fallecimiento de una amiga con IRC

9.3. Tiempo de evolución:

9 años, mayor intensidad 1 año

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

(F32.1) trastorno depresivo mayor- episodio moderado

(F41.1) Trastorno de Ansiedad generalizada

11. PRONÓSTICO

Reservado.

12. RECOMENDACIONES

Terapia cognitiva conductual

- Psicoeducacion
- Diferencia entre hechos, pensamientos y emociones
- Explicar cómo los pensamientos crean emociones
- Examinando evidencia
- Costos y beneficios
- Programa de actividades
- Técnicas de relajación pasiva de Jacobson

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Área cognitiva: Dificultad para concentrarse Pensamientos automáticos negativos	Explicar al paciente por lo que está atravesando en su vida. Darle a conocer el proceso	Psicoeducacion Reestructuración cognitiva: Diferencia entre hechos,		29/12/2021 05/01/2022	Se logró informar al paciente sobre su diagnóstico, el cual

Pensamiento de muerte	terapéutico con el que se trabajara.	pensamientos y emociones	4	12/01/2022 19/01/2022	entendió de buena manera. También identificó que pensamientos negativos generan emociones y conductas negativas
Área afectiva: Estado de ánimo decaído, sentimientos de tristeza, angustia	Que el paciente pueda identificar y reconocer que son sus pensamientos están generando un estado de ánimo bajo.	Explicar cómo los pensamientos crean emociones Examinando evidencia			
Área conducta social-escolar Deterioro en funcionamiento laboral y adaptabilidad social	Realizar una serie de actividades de interés del paciente para que pueda hacer integración social	Programación de actividades	2	26/01/2022 09/02/2022	Se consiguió que la paciente esté dispuesta estar en convivencia con los demás
Área somática: Insomnio, pérdida de peso, temblores, taquicardia.	Estabilizar su mente en momentos de tensión Reconocer y eliminar los pensamientos que le ocasionan pérdida de energía	Técnica de relajación pasiva de Jacobson Costes-beneficios	2	16/02/2020 23/02/2022	Se ha tenido un pequeño avance con objetivo de esta técnica pero se estima lograr que la paciente tenga más control de su mente en momentos de tensión. La paciente tuvo conocimiento sobre los costos de tener malos hábitos en cuanto a su ingesta de alimentos y su problema de conciliar el sueño

Psic. Cl. Stephany Katerine Lombeida Garcia

Firma del pasante

ANEXO B: TEST DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

14. En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, seleccione una afirmación de cada grupo que describa mejor cómo se siente durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 Continúamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

TOTAL: 23

3/3

ANEXO C: TEST DE ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

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

Instrucciones para el profesional

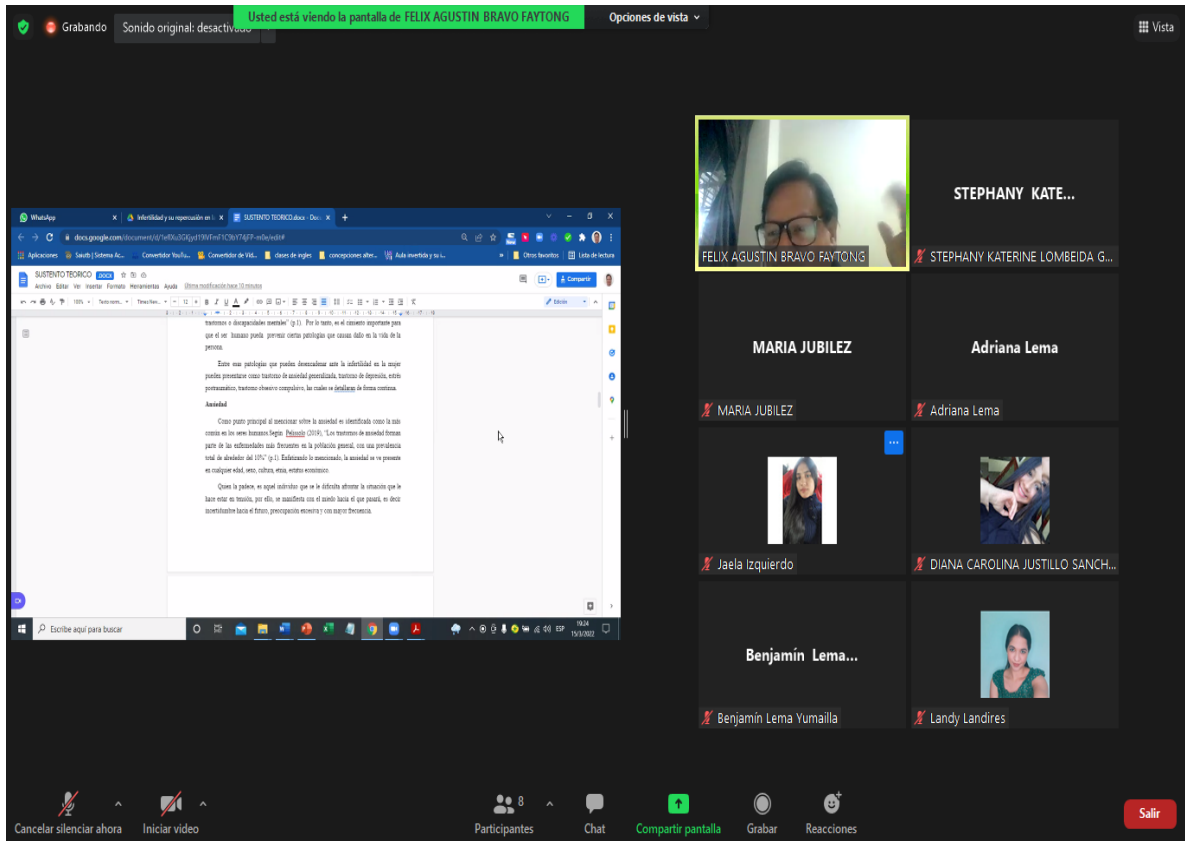
Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser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

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

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrojar un párpado; 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	20
Ansiedad somática	17
PUNTUACIÓN TOTAL	37

ANEXO D: TUTORÍAS VIRTUALES CON EL DOCENTE TUTOR Lcdo FELIX BRAVO FAYTONG M.Sc



ANEXO E: EVIDENCIAS DE LAS SESIONES CON LA PACIENTE

