



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:

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN UN PACIENTE

AUTORA:

TATIANA KATHERINE PARREÑO CARRERA

TUTOR:

MSc. LENIN MANCHENO PAREDES

BABAHOYO – AGOSTO - 2019



INDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| RESUMEN..... | ii |
| ABSTRACT..... | iii |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| DESARROLLO..... | 2 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 2 |
| OBJETIVO..... | 3 |
| SUSTENTOS TEÓRICOS..... | 4 |
| TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN..... | 9 |
| RESULTADOS OBTENIDOS..... | 11 |
| CONCLUSIONES..... | 17 |
| RECOMENDACIONES..... | 19 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 20 |

RESUMEN

Un diagnóstico de cáncer puede ser un impacto enorme para el paciente que lo padece y sus familiares, los sentimientos de depresión, angustia y miedo se ven altamente reflejados en él. La condición biológica y psicológica propia de diversas enfermedades, parece favorecer la aparición de síntomas psicológicos que con frecuencia suelen confundirlos con los síntomas de la enfermedad médica o con síntomas producidos por los tratamientos de la misma. Se empleó diferentes técnicas para la recolección de datos y antecedentes del paciente las cuales fueron estructuradas en 6 sesiones incluyendo la valoración de los distintos test psicométricos para establecer el nivel de depresión y finalizar con un diagnóstico estructural basado según los criterios del DSM-5. El objetivo de esta investigación fue diseñar un esquema terapéutico con un enfoque racional-emotivo donde se exponen metas y técnicas para la posible reducción de la sintomatología depresiva en distintos pacientes que estén pasando por la misma problemática. Es necesario resaltar la importancia del acompañamiento psicológico individual en los centros hospitalarios contribuyendo en la rehabilitación integral de los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico y destacar el papel preponderante del trabajo interdisciplinario (medico-psicólogo). Para finalizar se recomienda que se continúe con la colaboración de practicantes del área de psicología clínica en los centros hospitalarios del país, principalmente en el Hospital General Babahoyo IESS, de esta manera lograr contribuir con la rehabilitación integral de los pacientes del área oncológica y a su vez emplear más técnicas psicoterapéuticas, disminuyendo los síntomas desde sus inicios evitando que el paciente llegue a graves consecuencias.

Palabras claves: tratamiento oncológico, nivel de depresión, cáncer, hospitalización.

ABSTRACT

A diagnosis of cancer can be a huge impact for the patient who suffers and their families, feelings of depression, anguish and fear are highly reflected in it. The biological and psychological condition of various diseases seems to favor the appearance of psychological symptoms that often confuse them with the symptoms of the medical illness or with symptoms produced by its treatments. Different techniques were used to collect data and patient history, which were structured in 6 sessions, including the assessment of the different psychometric tests to establish the level of depression and end with a structural diagnosis based on the criteria of the DSM-5. The objective of this research was to design a therapeutic scheme with a rational-emotional approach where goals and techniques are exposed for the possible reduction of depressive symptomatology in different patients who are going through the same problem. It is necessary to highlight the importance of individual psychological accompaniment in hospital centers contributing to the comprehensive rehabilitation of patients undergoing cancer treatment and highlighting the preponderant role of interdisciplinary work (doctor-psychologist). Finally, it is recommended to continue with the collaboration of practitioners of the clinical psychology area in the country's hospitals, mainly at the General Hospital Babahoyo IESS, in this way to contribute to the integral rehabilitation of patients in the oncological area and in turn employ more psychotherapeutic techniques, reducing symptoms from the beginning, preventing the patient from reaching serious consequences.

Keywords: cancer treatment, depression level, cancer, hospitalization

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso pretendió evaluar la presencia de síntomas depresivos en un paciente en tratamiento oncológico. Para este estudio se utilizaron distintas herramientas psicológicas teniendo como propósito determinar el nivel de depresión de un paciente en tratamiento oncológico, con el fin de establecer un diagnóstico psicológico y posteriormente desarrollar un esquema psicoterapéutico con enfoque racional-emotivo. Por lo tanto, se establece una correlación entre enfermedad oncológica y niveles altos de depresión.

Existe una gran necesidad de un abordaje psicológico en pacientes que se encuentran en tratamientos oncológicos, pues este tipo de personas pueden llegar a desencadenar diferentes niveles de depresión, incluyendo un nivel grave, que puede afectar su vida emocional. El trabajo realizado, se desarrolló en varias sesiones, aplicando técnicas como la entrevista, la historia clínica, en donde se conocerá los antecedentes patológicos personales y familiares, la exploración del estado mental y de esta manera proceder con el diagnóstico, corroborando la información mediante la aplicación de baterías psicométricas las cuales ayudaran a establecer la escala de depresión en la que se encuentra el paciente.

Se elaboró un esquema psicoterapéutico para el paciente con enfoque racional emotivo, el cual se aplicó en varias sesiones, planteando metas y ejecutando técnicas psicológicas que ayudaran al paciente a desarrollar habilidades para el afrontamiento y adaptación del diagnóstico médico, y a su vez abordar los síntomas principales de la depresión presentes en el paciente. Cabe destacar que todo este trabajo se realizó en base a la línea de investigación Asesoramiento psicológico, además se aplica la sublínea Asesoría y orientación clínica, personal, socio familiar, vocacional y profesional.

Por último, se resalta la importancia del acompañamiento psicológico individual en personas que se encuentran en tratamiento oncológico pues en ocasiones se suele confundir los síntomas depresivos con la enfermedad médica presente, se debe también tener un seguimiento de la salud mental de los pacientes y de esta manera pueda afrontar su enfermedad oncológica evitando el gran impacto emocional y mental tanto para él como para su familia. Por lo tanto en este estudio se resalta la importancia y la gran necesidad del trabajo interdisciplinario, para lograr una rehabilitación integral, combinando principalmente el tratamiento médico con el tratamiento psicológico.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso es de importancia para determinar la correlación que existe entre tratamiento oncológico y los niveles de depresión. Además, destacar la importancia del acompañamiento psicológico individual en los distintos centros hospitalarios, y demostrar la eficacia del mismo. A su vez se contribuirá en la rehabilitación del paciente con la finalidad de desarrollar un mayor afrontamiento de su enfermedad y lograr que su vida sea más agradable durante el tratamiento.

Los beneficios de este estudio de caso son muchos, sobre todo promover la atención y tratamiento psicoterapéutico en el paciente con cáncer de próstata, disminuyendo los niveles de depresión que genera el tratamiento oncológico en él, siendo beneficiario directo el paciente del área de oncología del Hospital General Babahoyo.

La trascendencia de este trabajo genera mayor tranquilidad tanto en el paciente hospitalizado como en los familiares, pues mediante la intervención psicológica se puede afrontar la enfermedad médica por la que está padeciendo el paciente lo cual le está generando patologías mentales y que por medio de las distintas alternativas psicoterapéuticas ayudaran a la reducir los niveles de depresión presentes en el paciente, que por medio de la atención médica no se pueden abordar.

Es muy factible realizar este estudio de caso, ya que desde el inicio del abordaje existió la predisposición del paciente en lograr su rehabilitación integral, además existió la voluntad de todas las autoridades del Hospital General Babahoyo IESS para colaborar con la formación de los estudiantes del área de psicología, y a su vez se brindó la oportunidad y apoyo incondicional durante el proceso de desarrollo del estudio de caso.

Este estudio de caso incentiva como futura profesional en el área de salud mental a seguir profundizando en diversas patologías mentales que causa el padecimiento de los tratamientos oncológicos en pacientes con diagnóstico médico de diversas enfermedades crónicas y de esta manera tratar de buscar soluciones en beneficio de quienes lo necesitan y así puedan continuar con una vida estable y serena, evitando que tengan un deterioro de la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad.

OBJETIVO

Diseñar un esquema psicoterapéutico con enfoque racional-emotivo para disminuir los síntomas depresivos en un paciente en tratamiento oncológico.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Enfermedades oncológicas

La enfermedad oncológica es un padecimiento grave y complejo, que tiene una evolución cuyo pronóstico depende en gran medida de la etapa de presentación y diagnóstico de la misma. Genera un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, al igual que se verá afectado en su entorno familiar y social, y el equipo de salud que les atiende. (Mantilla, 2014)

El cáncer de próstata

Es una enfermedad que se desarrolla principalmente en varones de edad avanzada. A medida que los hombres envejecen, la próstata puede agrandarse y bloquear la uretra o la vejiga. Es un cáncer que se forma en las células de las glándulas prostáticas. Lo cual puede ocasionar dificultad para orinar o interferir con la función sexual. Muchos de estos cánceres crecen de manera extremadamente lenta y es poco probable que se diseminen, pero algunos pueden crecer más rápidamente. Existen diversos factores que puede aumentar el riesgo de que un hombre desarrolle cáncer de próstata tales como: edad, raza u origen étnico, antecedentes familiares, y alimentación. (González del Alba & Lázaro Quintela, 2017)

Síntomas del cáncer de próstata

En sus primeras etapas, el cáncer de próstata a menudo no presenta síntomas. A medida que el cáncer progresa y la próstata se agranda, los síntomas que se pueden experimentar según la (Sociedad Europea de Oncología Médica, 2018), incluyen:

- Orinar con más frecuencia durante el día y/o la noche.
- Dificultad para orinar.
- Urgencia para orinar.
- Pérdida de orina.
- Sangre en la orina o en el semen.
- Disfunción eréctil. (pág. 9)

Tratamiento oncológico

La Oncología Médica es en la actualidad una especialidad troncal de la Medicina para la cual se requiere una formación básica y fundamental en Medicina Interna y que capacita al especialista en la evaluación y manejo de los pacientes con cáncer. (Giner, 2009)

Estas enfermedades, en su conjunto conocidas como cáncer, sacan provecho de procesos bioquímicos y fisiológicos muy fundamentales en nuestras vidas, dando como resultado, como describe la (Organización Mundial de la Salud, 2018), en un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células que pueden aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo, suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2017)

La depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida pacífica, haciendo énfasis en la vida afectiva. (Bartra Alegría, Guerra Sánchez, & Carranza Esteban, 2016)

Los síntomas de la depresión son muy variados, no solo es sentirse triste. Su frecuencia e intensidad puede variar de una persona a otra, pero los dos más importantes son:

- Ánimo bajo, tristeza y sentimientos de desesperanza.
- Pérdida de interés por las actividades con las que antes se disfrutaba o reducción del placer al realizarlas, la mayoría de los días durante las últimas semanas. (Avalia-t, Guía de Práctica Clínica , 2014)

Depresión en personas con cáncer de próstata

La depresión, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos y a menudo coexiste con otras condiciones médicas como afecciones cardíacas, derrame cerebral, cáncer, Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA síndrome de inmunodeficiencia adquirida, diabetes y la enfermedad de Parkinson. Diversos estudios han demostrado que las personas que padecen depresión, además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más profundos, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas. (Jaramillo, 2015)

Causas de depresión

La investigadora (Padilla, 2017) en su documento Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión señala las siguientes hipótesis referentes a la etiología de esta patología:

Se puede considerar que la depresión puede surgir a causa de un déficit de neurotransmisores como la Serotonina y la Noradrenalina en las regiones límbicas o emocionales del cerebro. (pág. 77)

Existe la hipótesis pro-inflamatoria de la depresión la cual se basa en los efectos depresivos que producen las terapias inmunológicas en pacientes que padecen Hepatitis B o C, VIH y Cáncer. (pág., 81)

También se puede establecer como una hipótesis causante de la depresión el déficit de GABA en la cual implica una reducción de sus niveles en el plasma sanguíneo y en el fluido cerebro-espinal o en el tejido cortical de estos pacientes. (pág. 82)

Por último, se puede establecer como una hipótesis del trastorno de depresión a los factores genéticos y ambientales que desencadenan alteraciones en la liberación de monoaminas. (pág. 83)

Criterios de diagnóstico Trastorno depresivo debido a otra afección médica

La (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, señala los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno depresivo debido a otra afección médica (F32):

- A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

(F06.31) Con características depresivas: no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

(F06.34) Con características mixtas: también existen tipos de manía o hipomanía, pero no predominan en el cuadro clínico. (pág. 180)

Relación entre Tratamiento Oncológico y Depresión

La depresión es una enfermedad mental que afecta a una proporción del 15-25% de los pacientes con cáncer. A pesar de que existen muchos pacientes en estas áreas, es un trastorno regularmente puede pasar desapercibido como algo normal, pues solo se toma en cuenta las enfermedades médicas presentes, omitiendo los síntomas depresivos y como consecuencia no se brinda el tratamiento psicológico adecuado. Este hecho conduce una tasa menor de supervivencia en esta población médica, además de una pésima calidad de vida, pues se incita solo al tratamiento médico dejando a un lado la salud mental, cabe mencionar que existe evidencia sobre la eficacia de abordajes tanto farmacológicos como psicoterapéuticos en pacientes oncológicos con depresión. (Pousa Rodríguez, Miguelez Amboage, & Hernández Blázquez, 2015)

La mayoría de los estudios de depresión en personas con diagnóstico de cáncer incluyen intervenciones psicosociales. Las intervenciones más frecuentemente utilizadas son: terapia cognitivo conductual, terapia racional emotiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, estrategias para el manejo de síntomas y estrés y los enfoques educativos. (Kübler-Ross, 2015)

El proceso de aceptación al diagnóstico y al tratamiento, y sus complicaciones propias requieren el apoyo psicológico para prestar atención a los aspectos emocionales que pueden llevar al paciente a padecer depresión o ansiedad. La depresión se manifiesta ante la inmediatez de acontecimientos negativos, ante la imposibilidad de evitarlos y ante el temor a no ser capaces de superarlos. (Ayllón)

Las personas que reciben el diagnóstico de cáncer experimentan distintos niveles de tensión y angustia emocional. Entre los aspectos importantes de la vida de cualquier persona con cáncer, se encuentran los siguientes: miedo a la muerte, interrupción de planes de vida, cambios en la imagen corporal y la autoestima, cambios en su función social y su estilo de vida.

Cuando las personas se enteran que tienen cáncer, reaccionan con sentimientos de incredulidad, negación o desesperación. (Kenneth, 2015)

La depresión disminuye el cumplimiento con la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo. Es también un predictor independiente de una pobre supervivencia en cánceres avanzados. Teniendo en cuenta la influencia de depresión en la evolución de la enfermedad, y el hecho de que es una entidad con tratamiento eficaz, se hace incuestionable la necesidad de abordarla en población oncológica. (Rodríguez, 2015)

La (Junta Editorial de Cáncer.Net, 2016) señala que las personas con cáncer pueden experimentar depresión, la cual es un trastorno del estado del ánimo tratable.

Es posible que la depresión dificulte afrontar el tratamiento del cáncer. También puede interferir en su capacidad de tomar decisiones sobre su atención. En consecuencia, la identificación y el tratamiento de la depresión son aspectos importantes del tratamiento del cáncer. Por lo tanto, explica que los síntomas de depresión pueden aparecer poco después del diagnóstico o en cualquier momento durante el tratamiento o después de este.

Esto quiere decir que, si la depresión puede ser diagnosticada como un trastorno, la mejor manera para valorar la depresión es por medio de la condición emocional que presenta el paciente y apoyándose a los criterios de diagnóstico de Trastorno de la depresión debido a una afección médica.

Existe la presencia también de algunas patologías psicológicas interrelacionadas en pacientes con tratamientos oncológicos. “El trastorno adaptativo es el más frecuente, encontrándose en algunas series hasta en un 19.4% de los pacientes oncológicos, en sus tres variables: ansioso, depresivo y mixto” (Rojas, Fuentes, & Rober, 2017). Se puede considerar que la depresión en los pacientes que se encuentran en este tipo de tratamientos, surge como consecuencia de no adaptarse a los sistemas hospitalarios, pues pueden llegar a ser demasiados pesimistas, creyendo que pueden pasar mucho tiempo internado sufriendo y a la final no se van a recuperar.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Entrevista semiestructurada

Esta técnica se aplicó en el paciente con el propósito de profundizar en las situaciones o factores que desencadenan niveles altos de depresión. Las preguntas que se realizaron fueron abiertas y el informante pudo expresar con mayor libertad sus opiniones, siendo de gran beneficio para el entrevistador. Esta herramienta psicológica, permitió la flexibilidad en la obtención de información sobre el paciente, pues había situaciones que el paciente le costaba expresar y que eran de gran importancia conocer. Además fue utilizada con la finalidad de conocer con mayor amplitud la problemática del paciente, ya que permitió elaborar con anticipación un cuestionario en el que se trataba de ahondar en los puntos relevantes en cuanto a los pensamientos, emociones y conductas que presenta el paciente, permitiendo que se sienta con libertad de responder o dar su opinión sin ninguna limitación. (ANEXO 1)

Historia clínica

Esta técnica se utilizó con la finalidad de conocer los antecedentes personales, familiares, la historia de la enfermedad y las conductas psicopatológicas, etc. No se puede ayudar al paciente sino se conoce su historia de vida, por tal motivo es una de las herramientas indispensables en la realización de este estudio de caso, permitiendo obtener datos y corroborar los resultados. De esta manera se pudo conocer a profundidad el curso de la vida del paciente y sirvió como orientación para establecer el diagnóstico estructural, todos los datos recopilados tenían un objetivo definido, recabar información suficiente para el proceso psicodiagnóstico y psicoterapéutico de un paciente. (ANEXO 2)

Inventario de Depresión de Beck:

Este instrumento se utilizó el propósito de identificar los rasgos de depresión en el paciente. Permite medir factores relacionados con cuadros depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual. Cabe mencionar que esta escala debe ser aplicada a todos los pacientes que se encuentran en tratamientos oncológicos, pues la mayor parte de pacientes que pertenecen a esta área tienen problemas emocionales, entre ellos cuadros depresivos desde leves hasta graves, llegando en ocasiones a generar conductas y pensamientos suicidas. (ANEXO 3)

Test de Escala de Ansiedad – Depresión de Goldberg:

Este test es de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad, pues es un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos presentes en el paciente. Tomas en cuenta algunos principios que permiten complementar un diagnóstico, entre ellos, la probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas, además, los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos. (ANEXO 4)

RESULTADOS OBTENIDOS

Historia clínica

La Primera entrevista dirigida al paciente, fue aplicada el día 5 de junio de 2019, aproximadamente a las 8 de la mañana. El objetivo de esta entrevista fue recabar información básica para elaborar la Historia clínica del paciente, entre estos datos tenemos:

Paciente de 68 años de sexo masculino hospitalizado en el área de oncología del Hospital General Babahoyo, con diagnóstico de cáncer de próstata. Vive solo, en la ciudad de Milagro, trabajaba hace 10 años en una bananera a las afueras del cantón, padres fallecidos, separado hace 8 años de su segundo compromiso. Tiene 2 hijos del primer matrimonio de unión libre y 4 hijos del segundo matrimonio de unión libre.

Durante esta sesión se profundizo en el motivo de consulta. En la síntesis del cuadro psicopatológico, el paciente manifestó que le diagnosticaron el cáncer hace 6 meses atrás y desde ese momento entro en un estado de negación y posterior a eso comenzó a presentar síntomas de tristeza, desesperanza, falta de apetito, falta de sueño. Al momento de estar indicándome el motivo de consulta rompe en llanto. Expresa que se siente solo, desconsolado, sin ganas de seguir viviendo, sin nadie a su lado, abandonado pese a que siempre su hija mayor está al pendiente y cuidado de él, hay días en los que se le quita el sueño por las noches y el apetito durante el día.

La segunda entrevista, fue aplicada el día 6 de junio de 2019, aproximadamente a las 8 de la mañana. El propósito de esta entrevista fue continuar recabando información de la historia clínica del paciente. Entre los antecedentes psicopatológicos familiares destacan enfermedades médicas como diabetes en su madre e hipertensión en su padre. No destacan antecedentes de familiares con enfermedades de cáncer, tampoco antecedentes psiquiátricos.

La tercera y cuarta sesiones dirigidas al paciente, fueron aplicadas los días 10 y 11 de junio de 2019, desde las 8h30am hasta las 9h30am. El objetivo de estas sesiones fue aplicar una batería de test psicológicos con el fin de medir el nivel de depresión.

Test de Beck: En el test de depresión de Beck arrojó 25, la cual se encuentra en una escala de: 21-30 = Estado de depresión moderada. Se pudo observar que al momento de la aplicación de la prueba se presentó tímido, apariencia triste, por dos ocasiones intento llorar, al momento de realizar las preguntas del test se queda pensando unos segundos y en varias ocasiones presento quebrando en su voz. Sin embargo, a medida que iban siguiendo las

preguntas logro mantener la calma y al final supo colaborar con el test. Por lo tanto, los resultados de la prueba y siguiendo las instrucciones de calificación, presentaron al sujeto en Estado de depresión moderada.

Escala de Ansiedad – Depresión de Goldberg: El test arrojó una puntuación de 2 afirmaciones válidas para la subescala de ansiedad lo que se interpreta como bajo. Sin embargo, arrojó un total de 7 afirmaciones para subescala de depresión, lo que demuestra que el paciente presenta niveles altos de la misma. En esta prueba el paciente se sintió un tanto más tranquilo respondiendo sin ninguna dificultad las preguntas del test.

La quinta sesión dirigida al paciente, fue aplicada el día 18 de junio de 2019, aproximadamente a las 9h00am. El objetivo de esta sesión fue aplicar una entrevista semiestructurada con la finalidad de conocer cómo se sentía el paciente actualmente.

Durante la entrevista el paciente pudo manifestar en referencia a su estado de ánimo desde el día que fue hospitalizado hasta ahora, que no quería que los familiares le tengan lastima, se sentía triste, por tanto, no quería recibir visitas, a excepción de su hija, debido a que ella ha sido la que siempre ha estado al pendiente y cuidado de él. Presenta síntomas de falta de interés en las actividades normales, temor, miedo y desesperanza. Manifestó que al inicio estuvo en un proceso de negación, se hacía preguntas como: “¿Por qué me pasa esto a mí? ¿No es posible que me suceda esto a mí?”, y al final surgieron pensamientos de que su vida ya no tiene sentido, manifiesta que no tiene el apoyo ni afecto de todos sus hijos como él quisiera. Expresa que debido a su diagnóstico ya no tiene esperanzas, que todo está perdido y presenta ideas negativas hacia su tratamiento.

Además de la utilización de herramientas psicológicas para establecer un diagnóstico, también se aplicaron ciertas técnicas psicoterapéuticas partiendo del enfoque Racional-Emotivo, las cuales se ejecutaron durante cinco sesiones, con el propósito de reducir los síntomas depresivos y modificar las creencias irracionales del paciente

Situaciones detectadas

Mediante la aplicación de herramientas psicológicas como la historia clínica y la entrevista semiestructurada, se obtuvieron datos que permiten identificar síntomas depresivos en el paciente como consecuencia del cáncer, los cuales tiene una duración mayor a seis meses, y que desde ese momento han interferido en sus actividades diarias. Los síntomas detectados son: estado de negación acerca de su diagnóstico, pensamientos o creencias irracionales acerca del tratamiento, ausencia de afecto por parte de la mayoría de sus hijos, rechazo de visitas de los familiares.

A través de la aplicación de los test psicológicos, se pudo conocer que el paciente se encuentra en un estado de nivel de depresión moderada, lo que le genera un cuadro sindrómico, que se lo detallada de la siguiente manera: un periodo prolongado de estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer por todas las actividades diarias, los síntomas son consecuencia de una afección médica (cáncer) causándole deterioro social, laboral, desesperanza, falta de apetito, falta de sueño.

Mediante las herramientas aplicadas y los datos obtenidos del paciente, se procedió a revisar los criterios de diagnóstico del DSM-5, ¹y cumpliéndose a su vez dichos criterios, se establece un diagnóstico estructural: F32 Trastorno de depresión debido a una afección médica

¹ DSM 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

Soluciones planteadas

Basado en la información obtenida durante la investigación, se elaboró un esquema psicoterapéutico con enfoque racional-emotivo con la finalidad de disminuir los síntomas principales del trastorno de depresión, hallada en las situaciones detectadas y evitar que el paciente empeore su cuadro médico, ya que se puede aumentar la mortalidad, la negación al tratamiento y un alto desinterés social, familiar.

Con las estrategias adecuadas como la atención psicológica inmediata y el plan psicoterapéutico, el paciente pudo afrontar su enfermedad evitando el gran impacto emocional y mental tanto para él como para su familia y disminuyendo pensamientos negativos, la dificultad de una realidad que no es capaz de afrontar y la angustia y el miedo ante las amenazas externas.

La finalidad del esquema terapéutico con enfoque racional-emotivo consiste principalmente en reducir los niveles de depresión en el paciente, lo cual contribuye a su rehabilitación integral y al trabajo interdisciplinario. Pues el paciente no solo necesita de un tratamiento médico sino también de un tratamiento psicológico, debido a que mientras permanezca con pensamientos pesimistas e irracionales no va a tener mejoría, al contrario, los síntomas médicos pueden empeorar.

Esquema psicoterapéutico

- Objetivo general: Modificar las creencias irracionales y los síntomas depresivos del paciente.
- Metas y Técnicas

Las metas generales y las técnicas que se trabajaron con el paciente son:

Sesión 1.

Fecha: 24/06/2019

Meta: Detectar esquema ABC.

Técnica de Autoregistro: la meta principal consistía en que el paciente detecte sus creencias irracionales, mediante el esquema A-B-C de la Terapia racional emotiva. Para lo cual se utilizó la técnica del autoregistro, la cual permitió detectar las relaciones entre, acontecimientos activadores A, creencias irracionales B y las consecuencias emocionales y conductuales C surgidas en el paciente. Por ejemplo: Modificar creencia irracional, acerca de

que todo paciente que tiene cáncer se va a morir. C. En posteriores sesiones el paciente era capaz de identificar por sí mismo sus creencias irracionales, principalmente las relacionadas a creencias que generaban conductas depresivas

Sesión 2.

Fecha: 27/06/2019

Meta: Debatir pensamientos irracionales.

El Debate Racional Emotivo: La meta principal consistió en debatir pensamientos irracionales, ya que el paciente era capaz de detectar sus ideas irracionales, se procedía a debatir, refutar estas creencias, esto consistía en ayudar al paciente a darse cuenta de la carencia de lógica y funcionalidad de su sistema de pensamiento. El propósito final era lograr que el individuo entienda que es su creencia la que es disfuncional, no su persona. En posteriores sesiones el paciente fue capaz de identificar y debatir por sí mismo sus ideas irracionales, confrontando sus pensamientos depresivos.

Sesión 3.

Fecha: 01/07/2019

Meta: Establecer creencias racionales.

Técnica didáctica: La meta consistía en establecer creencias racionales, mediante esta se enseñó de forma didáctica al paciente a detectar, y luego cambiar las creencias irracionales por creencias racionales. En posteriores sesiones el paciente fue capaz de cambiar sus ideas irracionales respecto a su manera pesimista y catastrófica de pensar, por ideas racionales que le permitían mejorar su estado de ánimo.

Sesión 4.

Fecha: 04/07/2019

Meta: Cambiar emociones no saludables por emociones saludables

Imaginación racional emotiva: la meta principal consistía en que el paciente Imaginación racional emotiva: Al poner en práctica esta técnica el paciente va a tratar de cambiar ante una situación imaginada determinada una emoción negativa muy perturbadora como el pensar que tiene la culpa por lo que le está sucediendo, por otra más moderada como el remordimiento, modificando las creencias irracionales y reduciendo o eliminando por completo la emoción de intenso malestar.

Sesión 5.

Fecha: 08/07/2019

Meta: Reducir pensamientos negativos.

Distracción cognitiva e imaginación: esta técnica fue empleada para utilizar distintos procedimientos como distracción mediante la imaginación. Sirvió de gran ayuda para el paciente, debido a los altos síntomas que tenía presente. El paciente imaginaba cosas de su agrado y manifestaba que lo hacían sentir diferente, en paz. Finalmente la técnica sirvió de gran ayuda para que aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazantes, de esa manera incrementara así su tolerancia a la frustración.

Sesión 6.

Fecha: 11/07/2019

Meta: Modelar conductas

Inversión del rol racional. La meta principal consistió en que se intercambiaron roles entre el terapeuta y el paciente con el propósito de que el paciente se dé cuenta la manera en como sus pensamientos irracionales estaban generando conductas rígidas y desadaptativas que eran lo que lo hacían pensar, sentir y actuar de esa manera. De esta manera el paciente adopto el rol del terapeuta para discutir y debatir las creencias que presentaba, ayudándole a generar otras nuevas más racionales y adaptativas.

CONCLUSIONES

La investigación realizada en un paciente, por medio de las técnicas aplicadas se pudo observar las características emocionales que genera el proceso de tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de próstata y los aspectos esenciales terapéuticos que ayudaran con el afrontamiento y adaptación posible del paciente.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas, donde dando como resultado un nivel de depresión moderado en el paciente en tratamiento oncológico, se logró desarrollar un esquema terapéutico con enfoque racional-emotivo general con la finalidad de que sean abordados pacientes que padezcan de enfermedades crónicas con síntomas depresivos y lograr la disminución de las sintomatologías y así prevenir nuevas alteraciones psicológicas.

Como resultado a todos los cambios que tienen que adaptarse los pacientes se encuentra la depresión, que es un problema de salud pública y un trastorno psiquiátrico altamente prevalente en el contexto hospitalario. En el estudio de caso realizado podemos corroborar como un paciente en tratamiento oncológico puede verse afectado por un cuadro depresivo interfiriendo en sus pensamientos, emociones y conductas; estos síntomas pueden ser factores precipitantes para que el paciente considere su enfermedad como algo catastrófico e irremediable.

Es necesario resaltar la importancia del acompañamiento psicológico individual en los centros hospitalarios contribuyendo en la rehabilitación integral de los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico. Destacar el papel preponderante del trabajo interdisciplinario, pues no solamente basta con la atención médica para aliviar los síntomas físicos sino también destacar la importancia de la intervención psicológica para aliviar los síntomas cognitivos, emocionales y conductuales.

Se logró ejecutar este trabajo de investigación en base a la línea de investigación Asesoramiento psicológico, además se aplicó la sublínea Asesoría y orientación clínica, personal, socio familiar, vocacional y profesional. Por último, se pudo aplicar un esquema psicoterapéutico en el paciente con enfoque racional emotivo, con la finalidad de abordar los síntomas principales de la depresión, y de esta manera también ayudar al paciente afrontar su enfermedad oncológica.

Como futura profesional en la salud mental este estudio de caso me motiva a profundizar más sobre las etiologías de diferentes trastornos mentales que pueden presentarse en pacientes en tratamiento oncológico para de esta manera determinar cómo los distintos factores inciden en las alteraciones mentales de cada paciente con diagnóstico en enfermedad crónica y a su vez su situación hospitalaria.

RECOMENDACIONES

Dado a los altos niveles de depresión presentes en pacientes con tratamiento oncológico se recomienda ejecutar intervenciones terapéuticas para la ayuda de aceptación de diagnóstico médico y la reducción de síntomas depresivos asociados a la afección médica. También elaboración de más esquemas terapéuticos con los distintos enfoques de terapias psicológicas con el fin de brindar una adecuada atención psicológica no solo a pacientes sino también a familiares y cuidadores.

A su vez potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar al paciente y su familia a la aceptación del diagnóstico médico o enfermedad.

Continuar con la colaboración de practicantes del área de psicología clínica en los centros hospitalarios del país, principalmente en el IESS Babahoyo, de esta manera lograr contribuir con la rehabilitación y evitando que el paciente llegue a graves consecuencias de alteraciones psicológicas.

Evidentemente existe un extenso camino por recorrer para incluir los principios a nivel de profesionales de la salud mental para la adecuada intervención en pacientes con cáncer, y por lo consiguiente con una gran ayuda de oncólogos, otros especialistas, médico de cuidado primario, enfermeras, familias y público en general. Es un arduo camino que deberá ser recorrido con el objetivo de brindar una atención integral que esté acorde a las necesidades de nuestros guerreros quienes enfrentan la batalla contra el cáncer.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5. Trastornos depresivos*. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Avalia-t. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e.
- Avalia-t. (2014). *Guía de Práctica Clínica* . España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales .
- Ayllón, I. Z. (s.f.). Impacto emocional y social del cáncer. *capt.04*. Obtenido de https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_cancer.pdf
- Bartra Alegría, A., Guerra Sánchez, E., & Carranza Esteban, R. (2016). Autoconcepto y depresión. San Martín, Perú. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467647511004.pdf>
- Giner, J. I. (2009). *Evolución de la oncología médica* (1ra ed.). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Recuperado el 30 de marzo de 2019
- González del Alba, A., & Lázaro Quintela, M. (06 de Marzo de 2017). Cáncer de próstata. Sociedad Española de Oncología Médica. Obtenido de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/prostata?showall=1>
- Jaramillo, D. J. (2015). *Como sobrellevar el duelo* (1ra ed.). Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado el 6 de abril de 2019
- Junta Editorial de Cáncer.Net. (2016). Depresión. Obtenido de <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/manejo-de-las-emociones/depresi%C3%B3n>
- Kenneth, H. (2015). *Salud, la importancia de la higiene mental* (1ra ed.). New York: Hill-Collins. Recuperado el 8 de abril de 2019
- Kübler-Ross. (2015). *Muerto y muriendo* (2da ed.). Munich: Guttengan. Recuperado el 3 de abril de 2019
- Mantilla, S. O. (15 de Abril de 2014). Afrontamiento del paciente con cáncer. Obtenido de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1197/Abstract_Osorio.pdf?sequence=3
- OMS. (2017). Depresión. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de Septiembre de 2018). Cáncer. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Padilla, E. P. (14 de Diciembre de 2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Pousa Rodríguez, V., Miguelez Amboage, A., & Hernández Blázquez, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Colombia.
- Rodríguez, V. P. (2015). Depresión y cáncer. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-pdf-S0123901515000438>

Rojas, O., Fuentes, C., & Rober, V. (Junio de 2017). Psicooncología eb el hospital general. Alcances en depresión y cáncer. España.

Sociedad Europea de Oncología Médica. (2018). esmo.org. *Cáncer de próstata. Una guía para pacientes.* siuza. Obtenido de <https://www.esmo.org/content/download/6628/115197/file/ES-Cancer-de-Prostata-Guia-para-Pacientes.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1.- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cómo se ha sentido desde el momento que le dieron su diagnóstico médico?
2. ¿Cómo se siente desde el día que ingreso hospitalizado?
3. ¿Por qué piensa que sus demás familiares sienten lastima hacia usted?
4. ¿Cuál es su mayor temor o que es lo que mas le preocupa acerca de su tratamiento?
5. ¿cree que es la forma correcta de estar asimilando la situación por la que esta pasando?

Anexos 2.- Historia Clínica Psicológica

I. DATOS PERSONALES

No. Historia: _____

Fecha: _____

Nombres: _____

Apellidos: _____

Documento de identidad: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Lugar y fecha de

Nacimiento: _____

Instrucción académica: _____

Ocupación _____

Dirección actual: _____

Teléfono: _____

Dirección de la Familia _____

Teléfono de Familiar: _____

Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico:

6. VINCULOS AFECTIVOS CONFLICTIVOS Y REDES DE COMUNICACIÓN:

V. HISTORIA PERSONAL:

7. INFANCIA:

8. ADOLESCENCIA:

VI. HISTORIA ESCOLAR:

VII. OBSERVACIONES: (descripción física, lenguaje no verbal, actitud, etc.)

VIII. DIMENSIONES:

9. COMPORTAMENTAL:

10. AFECTIVA:

11. SOMATICA:

12. COGNITIVA:

13. SOCIAL:

IX. PRUEBA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

14. PERSONALIDAD: _____

15. INTELIGENCIA: _____

16. HABILIDADES: _____

17. OTRAS: _____

X. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

XI. TRATAMIENTO A SEGUIR:

EVOLUCIÓN

Sesión No. _____ **Fecha:** _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____ **Fecha:** _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

EVALUACIÓN REALIZADA POR: _____

ANEXO 3

Nombre:

Fecha:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Dentro de cada grupo de afirmaciones escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

1. Tristeza

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

- 0. No creo tener peor aspecto que antes.
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

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

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Nivel de energía

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

CALIFICACION INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

1-10: Ausencia de depresión. Puede haber algunos altibajos pero se consideran normales.

11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20: Estados de depresión intermitentes.

21-30: depresión moderada.

31-40: depresión grave

41 o más: Depresión extrema

ANEXO 4



Identificación Fecha

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

| SUBESCALA DE ANSIEDAD | | SI | NO |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------|
| 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 3.- ¿Se ha sentido muy irritable? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <i>Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando</i> | | | |
| 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| SUBESCALA DE DEPRESIÓN | | | |
| 1.- ¿Se ha sentido con poca energía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)</i> | | | |
| 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

ANSIEDAD:

DEPRESIÓN: