



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



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

ESTADO EMOCIONAL DEL CUIDADOR DE UNA PERSONA CON
DISCAPACIDAD Y SU INFLUENCIA EN LAS RELACIONES
INTERPERSONALES.

AUTOR:

JORGE DIONICIO VARGAS BURGOS

TUTORA:

DRA. GINA ESMERALDA BELTRÁN BAQUERIZO.
MGS. TF

BABAHOYO

ENERO

2020





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



ÍNDICE

CARATULA	; Error! Marcador no definido.
ÍNDICE.....	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO.....	2
Justificación	2
Objetivo General.....	3
Sustento Teórico	3
Técnicas aplicadas para la recolección de información.....	8
Resultados Obtenidos	10
Situaciones Detectadas	12
Soluciones planteadas	14
CONCLUSIONES	18
RECOMENDACIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS.....	21



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



RESUMEN

Este estudio de caso tuvo como objetivo, determinar el estado emocional del cuidador de una persona con discapacidad y su influencia en las relaciones interpersonales. Teniendo en cuenta estos antecedentes, las variables emocionales y de relaciones interpersonales, nos deja notar un claro aislamiento social, además el cuidado extremo que tiene con su hija, hace que las relaciones interpersonales sean aún más complicadas, teniendo como uno de los hallazgos principales el trastorno de adaptación de tipo ansioso. Fue de gran ayuda las entrevistas realizadas a la madre y a la trabajadora social de (MIES), posterior a las entrevistas se le realizaron los siguientes test: Inventario de ansiedad de Hamilton, Inventario de depresión de Beck, Escala de Inadaptación –EI-

Se encuentran descritos signos y síntomas manifestados por la paciente, malestar clínicamente significativo, que describe la importancia del proceso psicodiagnóstico que ayuda a determinar todas aquellas repercusiones en el área emocional y social de la paciente.

Palabras claves: terapia, trastorno, interpersonal, emocional



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



ABSTRACT

This case study aimed to determine the emotional state of the caregiver of a person with disabilities and their influence on interpersonal relationships. Taking into account these antecedents, the emotional and interpersonal relationships variables, he lets us notice a clear social isolation, in addition to the extreme care he has with his daughter, makes interpersonal relationships even more complicated, having as one of the main findings the anxious type adaptation disorder. The inerviews carried out with the mother and the social worker of (MIES) were very helpful, after the interviews the following tests were carried out: Hamilton anxiety inventory, Beck depression inventory, Inadaptation scale –EI-.

Signs and symptoms manifested by the patient are importance of the psychodiagnostic process that helps determine all those repercussions in the emotional and social área of patient.

Keywords: therapy, disorder, interpersonal, emotional

INTRODUCCIÓN

El presente caso de estudio trata de conocer el estado emocional del cuidador de una persona con discapacidad y su influencia en las relaciones interpersonales, se debe iniciar reconociendo que los cuidadores de personas con discapacidad son los responsables, de que una persona con discapacidad ya sea física o intelectual lleve una buena calidad de vida. Es así, donde parte determinar el estado emocional del cuidador de una persona con discapacidad y su influencia en las relaciones interpersonales.

Se apega a la línea de investigación que es; Asesoramiento psicológico, y una sub-línea de investigación que es la siguiente; Asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional.

El estudio fue realizado mediante técnicas tales como; historial clínico, entrevista, test psicométricos, que ayudaron a la recopilación de información necesaria para llegar a un respectivo diagnóstico.

El siguiente estudio de caso se realizó con una usuaria del Bono Joaquín Gallegos Lara, que pertenece a un grupo de cuidadores llamado Padres Luchadores, para el cual se ha estudiado el caso de una cuidadora de 27 años de edad, la cual tiene una hija con una discapacidad física del 82%.

Así pues, este estudio de caso basado en el estado emocional del cuidador de una persona con discapacidad y su influencia en las relaciones interpersonales, espera favorecer como medio de consulta y apoyo a los miembros de comunidad de cuidadores de Babahoyo, a fin de que los tutores puedan evitar ser afectador en la parte psicológica, emocional, familiar y social.

El presente documento encuentra distribuido en las páginas siguientes en: justificación, objetivo general, sustento teórico, técnicas aplicadas para la recolección de información, resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones, posteriormente bibliografía y anexos.

DESARROLLO

Justificación

Este trabajo de estudio de caso, es de gran importancia para identificar el estado emocional del cuidador de una persona con discapacidad y su influencia en las relaciones interpersonales., con el fin de ayudar en su recuperación emocional. Además, destacar el acompañamiento psicológico individual en los distintos grupos de cuidadores y demostrar la eficacia del mismo. A su vez contribuirá en la rehabilitación del paciente con la finalidad de afrontar su estado emocional.

Entre los beneficiarios consideramos no solo al paciente de estudio, si no al grupo de cuidadores denominado Padres Cuidadores del Cantón Babahoyo y así como también a la persona con discapacidad que tiene en su familia y la comunidad o ambiente social en que él se desenvuelve, ya que mediante este estudio de caso se podrá aportar con técnicas terapéuticas que contribuirán a una buena calidad de vida del paciente y sus relaciones interpersonales.

Es muy factible realizar este estudio de caso, ya que desde un principio se contó con la predisposición del grupo de cuidadores Padres Luchadores, en facilitar a una de las cuidadoras para realizar el estudio de caso y así generando un ambiente adecuado y propicio para realizar todas la pruebas necesarias para llevar a cabo una buena investigación de caso y es así, que todo esto me ha motivado como futuro profesional de la salud mental a seguirme instruyendo, a seguir investigando y sobre todo a seguirme preparando para una de las más prestigiosa carrera como la que la Psicología Clínica.

Será de gran impacto dado que generará una visión mucho más amplia al interior de lo que siente un cuidador de una ´persona con discapacidad en el área emocional, además de proponer técnicas terapéuticas para reducir el impacto emocional dado el caso.

Objetivo General.

Determinar el estado emocional del cuidador de una persona con discapacidad y su influencia en las relaciones interpersonales.

Sustento Teórico

Estados emocionales

Denzin, define la emoción como una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de y recorriendo el cuerpo, y que, durante el trascurso de su vivencia, sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada la realidad de un mundo constituido por la experiencia emocional. (Denzi, 2009)

Todas las personas alguna vez estuvieron inmersos en un estado emocional, aunque la mayoría de las veces no seamos conscientes de ello. En algún pasaje de nuestra vida, nos descubrimos y sin saber por qué nos damos cuenta de nuestra realidad, nuestro entorno y el mundo en general, de manera diferente a como lo percibíamos hace un día, un mes o seis.

Concepto de emoción

"Una emoción es un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de poner en marcha los recursos a su alcance para controlar la situación" (Fernandez & Palermo, 1999).

Además, desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente

agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta. (Vindel & Tobal, 2001)

Incluso las emociones más incómodas tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. Se describen brevemente cada una de estas funciones.

Emociones positivas

“Las emociones modifican nuestra forma de pensar, una de las principales ventajas del cultivo de las emociones positivas radica en que ejercen una gran influencia sobre el procesamiento intelectual, la resolución de problemas, el razonamiento y las habilidades sociales”. (Oros & Minzi, 2011)

Emociones función social

Las emociones también cumplen una función importante en la comunicación social. Según (Izard, 1993) afirma. “Que existen varias funciones sociales de las emociones, como son: a) facilitar la interacción social, b) controlar la conducta de los demás, c) permitir la comunicación de los estados afectivos y d) promover la conducta prosocial”.

Es decir, que la emoción cumple con un rol muy importante en la parte social, ya que puede expresar estados afectivos, conductas, interacción y comunicación.

Función motivacional

(Rodríguez, 2009) Afirma. “La relación entre emoción y motivación es estrecha, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad”.

Leyes de las emociones

a) Leyes que afectan a los desencadenantes emocionales:

– Ley del significado situacional: Las emociones surgen en respuesta al significado de cada situación.

– Ley de lo concerniente: Las emociones surgen en respuesta a situaciones que son importantes para nuestras metas.

– Ley de la realidad aparente: Las emociones se elicitán por situaciones valoradas como reales.

– Ley del cambio: El cambio facilitará la aparición de la respuesta emocional.

– Ley de la habituación: Los placeres o dificultades continuadas tienden a desaparecer.

– Ley del sentimiento comparativo: La intensidad de una emoción dependerá de la relación entre el evento ante el que se tiene esa emoción y el marco de referencia en el que es evaluado.

– Ley de la asimetría hedónica: El placer es siempre contingente con el cambio y que desaparece con la satisfacción continúa, mientras que el dolor puede persistir en el tiempo, si persisten las condiciones adversas.

– Ley de conservación del momento emocional: Los momentos emocionales retienen su capacidad para elicitár las emociones indefinidamente a menos que sean contrarrestados por exposiciones repetidas que darían una extinción o habituación.

b) Leyes que afectan a la respuesta emocional:

– Ley Final: Las emociones tienden a estar sujetas a juicio sobre el impacto en las metas.

– Ley del cuidado con las consecuencias: Cada impulso emocional elicitá un segundo

impulso que tiende a modificar esa primera respuesta emocional en relación con las posibles consecuencias que tendría.

– Ley de la menor carga y el mayor beneficio: Cuando una situación puede ser vista desde distintas alternativas, habrá tendencia de verla desde la postura que minimice la carga emocional negativa o maximice la ganancia emocional. (Frijida, 2006)

Síndrome del cuidador

(Quinche, 2017) Afirma que, “afecta al 74.6 por ciento de las personas que se desempeñan como cuidadores de persona con discapacidad grave o muy grave, además que necesitan una atención integral para mejorar su calidad de vida”.

El síndrome de cuidador representa dentro de la atención primaria de salud una patología muy poco conocida, valorada y manejada, al igual que poco descrita en realidades como la nuestra. Representa un problema de salud pública no tomando en cuenta para su adecuado abordaje en personas con discapacidad grave y muy grave. Es notorio el nivel de dependencia que presentan estos pacientes de un cuidador primario o secundario y del impacto a mediano y largo plazo que esta labor provoca en la calidad de vida. (Quinche, 2017)

Relaciones interpersonales

Según (Bisquerra, 2003), “una relación interpersonal es una interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social”.

En toda relación interpersonal interviene la comunicación, que es la capacidad de las personas para obtener información respecto a su entorno y compartirla con el resto de la gente.

Según (Cruz, 2003), “el éxito que se experimenta en la vida depende en gran parte de la manera como nos relacionemos con las demás personas, y la base de estas relaciones interpersonales es la comunicación.”

Habla particularmente de la manera en que solemos hablarles a aquellos con quienes usualmente entramos en contacto a diario, nuestros hijos, esposos, amigos o compañeros de trabajo. Muchas veces, ya sea en forma pública o privada, se hacen referencia a otras personas en términos poco constructivos, especialmente cuando ellas se encuentran ausentes. Siempre se ha creído que es una buena regla el referirse a otras personas en los términos en que se quisieran que ellos se refiriesen a otros. (Contreras Armante & Rodriguez, 2012)

Para, (Moran, 2019). En su estudio de caso presentado sobre el trastorno de ansiedad generalizada y su repercusión en las relaciones interpersonales, menciona la teoría de las relaciones interpersonales de Lewin:

El principal aporte de Kurt Lewin fue postular que el individuo y el entorno nunca deben verse como dos realidades separadas. En la práctica, son dos instancias que siempre están interactuando entre sí y que se modifican mutuamente, en tiempo real. Ocurre en todo momento. La teoría de campo de Lewin llama a estudiar al individuo en función de esas dinámicas...consideraba al individuo y su entorno como dos piezas que se encontraban estrechamente ligadas, esto debido a la interacción constante que mantienen, considerando el estudio basado en función de esas dinámicas.

En un estudio de caso múltiple, el cual es Relaciones Interpersonales Entre Cuidador Informal Y Adulto Mayor, una de sus conclusiones nos dice.

En congruencia con la literatura y otros estudios, los aspectos dinámicos del vínculo resultaron incidir con mayor fuerza en la relación interpersonal que la existencia y uso de capacidades comunicativas. En este sentido se presentan dos tipos de vivencias claramente identificadas y separadas en su expresión: aquellas vinculadas con la labor

del cuidado específicamente y las relacionadas con la otra persona y la propia relación que se establecía. Estas últimas mostraron un nivel de regulación mayor en todo el proceso, generando los niveles de frustración o satisfacción visibles en las vivencias asociadas. (Hidalgo D & J., 2016)

Otro estudio que se centra en: Efectos de la terapia cognitiva-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores, en una de sus conclusiones nos dice.

En este estudio se demostró que la terapia cognitivo conductual tuvo efectos positivos en la disminución de la sobrecarga del cuidador primario y sus dimensiones, aunque en gran parte de los cuidadores no se observe el descenso en grados, si fue notorio en los puntajes del test de Zarit. Los efectos fueron más notorios en los aspectos cognitivos, el área conductual y la relación del cuidador primario con el adulto mayor. (Garcia-Zapata-Rivas & Quevedo, 2017)

Técnicas aplicadas para la recolección de información

Hernández-Sampieri, define el estudio de caso como: "una investigación que, mediante los procesos cuantitativo, cualitativo o mixto, analiza profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría" (Hernandez & Sampieri, 2004).

Técnicas aplicadas en el estudio de caso, tenemos:

Entrevista Clínica

Se utilizó la entrevista para adquirir datos completos sobre el paciente y esta técnica no solo nos permite que escuchemos, si no que nos ayuda con la observación y a vivenciar cada respuesta el paciente.

Historia Clínica

Se conoce como historia clínica a un instrumento encargado de recopilar y almacenar datos referidos a una persona. (Ver anexo N° 1)

Las técnicas psicométricas utilizadas son las siguientes:

1. Inventario de ansiedad de Hamilton
2. Inventario de depresión de Beck
3. Escala de Inadaptación –EI-

Inventario de ansiedad Hamilton

Fue diseñada en 1959 Max R Hamilton, buscaba definir el grado de severidad de la ansiedad en una persona, diferenciando además la ansiedad psíquica de la somática, en el presente estudio de caso tiene como finalidad establecer el grado de ansiedad psíquica y somática en el paciente. (Sabate, 2018)

Esta escala es considerada una calificación clínica, de la extensión de la ansiedad. La escala consiste de 14 ítems, diseñados para evaluar la severidad de la ansiedad de un paciente. (Ver anexo N° 2)

Inventario de depresión Beck

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, Aaron T. Beck en 1961, está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual) se eligió este inventario para evaluar si el paciente se halla afectado por esta patología.

Es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. En el presente estudio de caso, se utilizó la escala de Depresión de Beck para averiguar la intensidad de depresión en la paciente. (Ver anexo N° 3)

Escala De Inadaptación –EI-

La escala de inadaptación social de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo 2000, son propiedades psicométricas de una escala breve de 6 ítems que resulta útil para evaluar el grado de inadaptación a la vida cotidiana en diferentes tipos de pacientes, el área que busca explorar es trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.

La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta, si se establece un punto de corte global de 12 y unos puntos de corte específicos de 2 para cada uno de los seis ítems. (Ver anexo N° 4)

Resultados Obtenidos

Desarrollo del caso.

El presente estudio de caso hace referencia a Rosa, seudónimo para proteger la identidad del paciente, siendo esta una madre de 27 años, que vive en la Ciudadela los Perales de la Ciudad de Babahoyo, Provincia de Los Ríos, pertenece al grupo de cuidadores llamado Padres Luchadores, por el mismo que está incluida en el Bono de Joaquín Gallegos Lara, programa del Gobierno Nacional, ejecutado a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Fue derivada por la trabajadora social al indicar que la madre cuidadora presentaba “una serie de problemas a nivel emocional y en cuanto a su forma de relacionarse con los demás compañeros del grupo”.

Rosa vive con su hija de 5 años de edad, la cual tienen una discapacidad física del 82 %, siendo ella la cabeza de hogar, ya que es madre soltera, la mayor parte del tiempo se lo dedica a cuidar a su hija.

En este caso se entrevistó a personas relevantes para sostener el caso, la madre de Rosa y la trabajadora social, así mismo se aplicaron test que permitieron la recolección de información para su evaluación psicológica, cabe destacar que la paciente mantuvo una actitud abierta y colaborativa en todo momento.

La primera entrevista se realizó en el MIES a la hora y fecha (09:20 - 10:05 - 20/01/2019) donde se conversó con la trabajadora social para conocer el comportamiento de Rosa dentro del grupo Padres Luchadores, diciendo lo siguiente:

“Rosa es una madre a la cual le tocó asumir toda la responsabilidad de su hija, al diagnosticarle una parálisis cerebral infantil debido a la ictericia que sufrió la niña, es muy poco participativa por no decir nada, casi pocas veces la he visto entablar una conversación con alguien más, al conversar con ella nos dice que no tiene tiempo para estas actividades de reunión debido que no tiene con quien dejar a la niña, es por eso que casi nunca viene a las reuniones” (Trabajadora Social del MIES, 2020).

La segunda entrevista se realizó entre las (14:00-15:45 – 20/01/2019) y fue con la madre de Rosa, quien comento:

“Que su hija después de enterarse de la enfermedad de la niña, le produjo una gran conmoción debido a que tenía una gran ilusión de su primera hija, después de lo sucedido todo cambió, una debido a que tiene que estar casi todo el tiempo cuidando a la niña, y no tiene tiempo para ella, debido que la niña no vive con nosotros no se la puedo cuidar porque también trabajo y ella no se acostumbra a estar con nosotros”

La tercera entrevista se realizó entre las (10:00-11:45 – 21/01/2019) con la paciente Rosa, donde comentó:

“Mi temor es que a mi niña le pase algo, si yo no estoy con ella, por lo que salir con otras personas no se me hace importante, además no me gusta salir porque me preguntan por la enfermedad de la niña y no quiero andarle diciendo a todos lo que le paso”.

A la paciente se le aplicaron 3 test, que arrojaron los siguientes resultados:

Inventario de ansiedad de Hamilton

El resultado de este test tuvo un puntaje de 20 en cuanto la ansiedad, distribuida en 14 para la ansiedad psíquica y 6 para la ansiedad somática.

Inventario de depresión Beck

En este test obtuvo una puntuación de 19, encontrándose en la escala número tres que corresponde al segmento de estado de depresión intermitente.

Escala De Inadaptación –EI-

En grado de inadaptación puntúa 21, muy alta si consideramos que el promedio de la escala es 12.

Situaciones Detectadas

La paciente ha tenido conflictos desde temprana edad, debido a que no le ha gustado que la molesten, siempre se enojaba o lloraba, y recuerda que desde muy pequeña padeció de preocupaciones y ansiedad, manifiesta que siempre lo supo controlar. Todo el aumento de su cambio emocional sucedió después del nacimiento de la niña, al saber su discapacidad.

Sus relaciones familiares no son tan buenas, la paciente menciona lo siguiente: “debido al poco apoyo que siente de parte de la madre le ha hecho alejarse mucho de ella, con sus hermanas no tiene una buena comunicación, ya que siente que la critican y esto hace que no hable casi con ellas”.

En cuanto a las relaciones sociales responde que en la escuela se recuerda una niña poco social, debido a que no le gustaba que la molesten, en el colegio no tenía muchos amigos, pero

con los que tenía se sentía muy bien. Recuerda que se enamoró del padre de su hija, el cual simplemente la utilizó y la dejó abandonada, esto hizo que no se vuelva a enamorar.

Pudimos establecer los siguientes síntomas fisiológicos: Tensión muscular, náuseas, vómitos, estreñimiento, mareo y dolores de cabeza, refiere que estos síntomas se manifestaron después del conocimiento de la discapacidad de la hija.

Se pudo realizar el siguiente resumen sindrómico, por áreas afectadas, que sirvió como base para realizar las metas del esquema terapéutico, según las variables.

Área cognitiva

- Tensión muscular
- Irritabilidad
- Pensamientos automáticos

Área afectiva

- Preocupaciones excesivas
- Tristeza
- Depresión
- Ansiedad

Área conductual

- Problema para adaptarse
- aislamiento
- Inquietud
- Relaciones interpersonales negativas

Área personalógica y social

- Conductas evitativas

Tomando en cuanto todo lo expuesto anteriormente, con su respectivo análisis se puede constatar que reúne los criterios de un Trastorno de Adaptación de tipo Ansioso F43.2, según los criterios de diagnóstico del DSM V.

Soluciones planteadas

En cuanto a la problemática detectada en el desarrollo del estudio de caso, se consiguen plantear posibles soluciones que logren mejorar por el estado emocional de la paciente, de acuerdo con la información pre-escrita, se consiguió diseñar el siguiente plan terapéutico, cognitivo-conductual.

Meta 1: Informar a la paciente acerca del trastorno de adaptación de tipo ansioso y cómo afecta en sus relaciones interpersonales

Con el objetivo de orientar a identificar con claridad el problema o patología, con la técnica de psicoeducación, esto se llevó a cabo en una sola sesión.

Meta 2: Alertar las metacogniciones desadaptativas

Cambiar las ideas que en ocasiones implican una evaluación negativa de la preocupación que abarca un desempeño perturbador, exageración del problema y causa de angustia emocional, como objetivo se centra en identificar los pensamientos autónomos distorsionados y suposiciones disfuncionales, a través de la técnica de reestructuración cognitiva.

Meta 3: Mejorar las habilidades interpersonales.

En ocasiones, la paciente carece de habilidades interpersonales adecuadas, lo que origina angustia y perpetúa la ansiedad social, el objetivo es mejorar las habilidades sociales específicas deficientes, a través de la terapia de grupo.

Meta 4: Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad

Disminuir los síntomas físicos en la ansiedad, como tensión muscular y ritmo cardiaco elevado este más con el sistema nervioso simpático, es una de las metas principales para el paciente, ya que el objetivo de esto, es que el paciente reduzca los síntomas somáticos asociados con la ansiedad como son inquietud, intranquilidad, irritabilidad, fatiga y dificultad

para concentrarse, la técnica potencial específica para esta meta es el entrenamiento de relajación.

ESQUEMA TERAPEUTICO

CATEGORIA	META	TECNICA	INSTRUMENTO	OBJETIVO	# DE SESION	FECHA	RESPUESTA ESPERADA	RESULTADO
Cognitiva	Informar al paciente acerca del trastorno de ansiedad	Psi coeducación	Folletos informativos	Orientar a identificar con claridad el problema o patología	1	16/12/2019	Comprensión del tema tratado	Una vez explicado el tema, se le pidió al paciente que hiciera un breve resumen de lo dado y se pudo constatar que se comprendió el tema del trastorno.
Cognitiva	Alertar las metacogniciones desadaptativas	Reestructuración cognitiva.	Paciente	Se centra en identificar los pensamientos autónomos distorsionados y suposiciones disfuncionales	2	18/12/2019 20/12/2019	Que el paciente aprenda a revalorar sus ideas de la inutilidad de las inquietudes	Logró alejar la atención excesiva en sensaciones negativas y alterar las ideas metacognitivas acerca de los beneficios de preocuparse.
Afectiva	Mejorar las habilidades interpersonales	Terapia de grupo	Un grupo de personas	Mejorar las habilidades sociales	2	04/01/2020 06/01/2020	Lograr que el paciente entablé	Fue de gran beneficio para la paciente, ya

				especificas deficientes		0	conversaciones con las personas del grupo	que mejoró sus habilidades sociales, como empatía, hacer amigos y escuchar a los demás.
Afectiva	Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad	Entrenamiento de relajación	Paciente	Que el paciente reduzca los síntomas somáticos asociados con la ansiedad	2	08/01/2020 12/01/2020	Que el paciente logre aprender las técnicas de relajación.	El paciente aprendió, la respiración diafragmática, imágenes positivas guiadas y meditación, se le recomendó que estas técnicas mejoran con las prácticas y persistencia.

CONCLUSIONES

El presente estudio de caso es sobre una madre de 27 años de edad, remitido por la trabajadora social de Distrito Babahoyo MIES del grupo de padres cuidadores, puesto que su comportamiento era diferente al que solía ser antes de que naciera su niña, actualmente presenta un estado emocional cambiante, dificultades para relacionarse y sentimientos de desesperanza, este es el caso de Rosa que vive en la ciudad de Babahoyo, sector los Perales, vive solo con su hija de 5 años, ya que es madre soltera. De acuerdo a la información recopilada en las entrevistas con la trabajadora social y la madre, la cual no le ayuda al cuidado de la nieta con discapacidad.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, las variables emocionales y de relaciones interpersonales, nos deja notar un claro aislamiento social, además el cuidado extremo que tiene con su hija, hace que las relaciones interpersonales sean aún más complicadas.

Posterior a las entrevistas se le realizaron los siguientes test: Inventario de ansiedad de Hamilton, Inventario de depresión de Beck, Escala de Inadaptación –EI-, los cuales permitieron establecer el estado emocional y sus relaciones interpersonales de la paciente en estudio de caso.

Definidas las causas y entendiendo el problema, elegí la terapia cognitiva conductual, la que pretende modificar la forma en que piensa y actúa el paciente y así lograr sentirse mejor, y así también mejorar las relaciones afectivas y sociales.

Es muy satisfactorio, saber que a la paciente le fue de gran ayuda la intervención terapéutica y de esta manera mejorar su vida cotidiana.

RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar con el esquema planteado para que la mejoría del estado emocional de la madre sea sostenida y llegue a una buena calidad de vida con su hija.

Se recomienda también trabajar con la madre de la paciente para que esta pueda aprender estrategias adecuadas para que establezcan una buena relación afectiva, como debe de ser madre e hija.

En este estudio de caso se recomienda también, que los estudiantes centren su atención en estos casos, ya que casi siempre la atención la lleva la persona con discapacidad, y no se fijan que detrás de cada uno de ellos hay un cuidador responsable, pero descuidado psicológicamente.

El mencionado estudio de caso, sería de gran ayuda para el grupo de cuidadores denominado Padre Luchadores, ya que muchos de ellos están pasando situaciones similares, es de importancia hacerles conocer que una intervención psicológica sería de gran utilidad para algunos de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bisquerra, J. (2003). *Relaciones Interpersonales*. Barcelona.
- Contreras Armante, D. C., & Rodriguez, H. (2012). *Multiculturalidad: Su analisis y pespectivas a la luz de sus actores, clima y cultura organizacional prevalencientes en un mundo globalizado*. Valencia.
- Cruz, A. (2003). *La comunicacion y las relaciones interpersonales*. Bogota: Mac Graw Hill.
- Denzi, N. (2009). *On Understanding Emotion*. New Brunswick,: Transaction Publishers.
- Fernandez, A., & Palermo. (1999). *Las emociones: comprenderlas para vivir mejor*. Madrid.
- Frijida, N. (2006). *Las leyes de las emociones*. Sevilla.
- Garcia-Zapata-Rivas, & Quevedo. (2017). *Efectos de la terapia cognitiva- conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores*. Tabasco.
- Hernandez, & Sampieri. (2004). *Metodologia de la investigacion*. Buenos Aires.
- Hidalgo D, T. L., & J., M. (2016). *Relaciones Interpersonales Entre Cuidador Informal Y Adulto Mayor*. Cuba.
- Izard, C. (1993). *Funciones organizacionales y motivacionales de emociones discretas*. . Nueva York:
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>.
- Moran, G. (2019). *El trastorno de ansiedad generalizada y su recuperacion en las relaciones interpersonales*. Babahoyo: Universidad Tecnica de Babahoyo.
- Oros, L. M., & Minzi, R. (2011). *Desarrollo de emociones positivas en la niñez*. Cundinamarca.
- Quinche, A. (2017). *El síndrome del cuidador*. Loja.: Recuperado de:
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/-s-ndrome-del-cuidador-afecta-al-74-de-los-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-89398>.
- Rodriguez, I. (2009). *El estrés como amenaza y como reto: un analisis de su relacion*. Bogota.
- Sabate, N. (2018). *Corriente Cognitiva*. recuperado de:
http://www.centrelondres94.com/files/terapia_cognitiva.pdf. Londres.
- Vindel, C., & Tobal, M. (2001). *Costos de los trastornos de ansiedad*. Recuperado de
<http://www.ucm.es/info/seas/ta/costes/index.htm>. Bogota.

ANEXOS

Anexo 1. Historia Clínica Psicológica

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA JURIDICA, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA**

CASO N°

1.- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

INSTRUCCIÓN:

OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

FECHA DE EVALUACION:

TELÉFONO:

REMITENTE:

2.-MOTIVO DE CONSULTA

Manifiesto:

Latente

3.-Síntesis del cuadro psicopatológico:

4.-Irrupción del cuadro psicopatológico:

5.-Topología familiar: Familia Extendida

6.-Topología habitacional:

7.-Antecedentes psicopatológicos familiares:

8.-HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS

Afectividad:

Embarazo:

Parto:

Lactancia:

Marcha

Lenguaje

Crisis vitales

Muerte de algún familiar:

Cambio habitacional:

Cambio de escolaridad;

Crisis existenciales

9.-Escolaridad: (Primera Infancia)

10.-Adaptación escolar

Facilidad de amigas;

Facilidad de relación:

11.-Relaciones interpersonales

12.-Adaptación social

13.-Juegos

14.-Conducta sexual

15.-Actividad onírica

16.-Hechos traumatizantes

ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

17: Aparición De Los Caracteres Sexuales

18.-Conducta Sexual

19.-Actividad Onírica

20.-Adaptación Social

21.-Adaptación Familiar

22.-Relaciones Intrafamiliares

23.-Actividad, Intereses Y Aficiones

24.-PENSAMIENTO

Actitud

Colaborativo: ()

No colaborativo:

Hostilidad ()

Susplicacia ()

Resistencia ()

Dependiente ()

Conciencia de la enfermedad:

Egodistónico: ()

Egosistónico: ()

Esfera cognitiva

Orientación: normal () alopsíquica () autopsíquica () desorientación parcial ()

desorientación espacial () desorientación temporal () desorientación autopsíquica

()

Inteligencia: normal () teórica () practica () superior () promedio () inferior ()

) limite () lingüística () Lógica matemática () espacial () musical () corporal cenestésica ()

Atención: normal () hipoprexia () hiperprosexia () Aproxia ()

Memoria: normal () sensorial () a corto plazo () a largo plazo ()

Hipermnesia () hipomnesia () dismnesia () amnesia () anterograda () retrograda () lacunar () disociativa () .

Sensopercepción: normal () hiperestesia () hipoestesia () paraestesia ()

anestesia () alucinaciones () ilusión () metamorfosis () pseudoalucinaciones ()

despersonalización () desrealización () cenestopatía () metamorfosis ()

alteración del esquema corporal ()

PENSAMIENTO:

Normal () ideas sobrevaloradas () ideas obsesivas () ideas delirantes () ideas suicidas () aceleración () retardo () perseverarían () prolijidad () viscosidad () bloqueo () disgregación () incoherencia ()

Conciencia: lúcida () confusional () indiferente () Obnubilación () Estupor ()

Coma () Hipnosis () Hipervigilancia () Hipersomnia () Somnolencia () .

ESFERA AFECTIVA

Afectividad:

Normal () atimia () ansiedad: ligera () moderada () intensa () Sentimientos de culpa () complejo de inferioridad () angustia () depresión () indiferencia afectiva () complejos () ambivalencia afectiva () labilidad afectiva ()

ESFERA CONATIVA:

Voluntad: Hiperbulia () hipobulia () Abulia ()

Anorexia () Bulimia () coprofagia () pusilaminidad () Homicidio () piromanía () cleptómano () compulsiones () Algofilia () Automutilación ()

Psicomotricidad: normal () agitación () tics () convulsión () estereotipias () temblor () enlentecimiento psicomotriz ()

Fase motriz:

Cuantitativo:

Aquinesia () Hipokinesia () Hiperkinesia ()

Cualitativo:

Apraxia () Apraxia motora de bierna () Apraxia motora de Pick () Ecopraxia ()

Amaneramiento () Estereotipo () Interceptación cinética () Negativismo ()

Flexibilidad cére

26.-PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

27.-DIAGNÓSTICOS:

Diagnóstico Fenoménico

Diagnóstico Dinámico

Diagnóstico Estructural

28.-Pronostico

29.- Nivel De Intervención

30.- Esquema Terapéutico

Anexo 2. Escala de ansiedad de Hamilton

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de evaluación: _____

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
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 sobresaltos, 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. Perdida de interés, insatisfacción, 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, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensaciones 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: dolores antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (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, pilo erección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones.	0	1	2	3	4

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck

Nombre.....Estado Civil..... Edad:.....
Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

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

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

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 4. Escala de Inadaptación

ESCALA DE INADAPTACION –EI- Echeburía, Corral y Fernández-Montalvo 2000

NOMBRE: _____ FECHA: _____

TRABAJO

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	poco	bastante	mucho	muchísimo

VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	poco	bastante	mucho	muchísimo

TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades actuales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva...) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	poco	bastante	mucho	muchísimo

RELACION DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	poco	bastante	mucho	muchísimo

VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi vida familia en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	poco	bastante	mucho	muchísimo

ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	poco	bastante	mucho	muchísimo