



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
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA

TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE DEBIDO A ENFERMEDAD
CATASTRÓFICA EN UN PACIENTE DE 50 AÑOS DEL CANTON
QUEVEDO.

AUTORA

ANDREA ELIZABETH SOLIS BUSTAMANTE

TUTORA

Psi. Ed. NARCISA DOLORES PIZA BURGOS Msc.

BABAHOYO – SEPTIEMBRE 2021

ÍNDICE

| | |
|--|-------------------------------|
| RESUMEN | 2 |
| SUMMARY | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| DESARROLLO | 5 |
| Justificación | 5 |
| OBJETIVO | 6 |
| SUSTENTO TEÓRICO | 6 |
| Trastorno depresivo recurrente | 6 |
| Enfermedades graves o catastróficas | 10 |
| Técnicas para la Recolección de Información | 12 |
| RESULTADOS OBTENIDOS | 14 |
| SITUACIONES DETECTADAS | 16 |
| SOLUCIONES PLANTEADAS | 18 |
| CONCLUSIONES | 21 |
| RECOMENDACIONES | 23 |
| BIBLIOGRAFÍA | 24 |
| ANEXOS | ¡Error! Marcador no definido. |

RESUMEN

El presente estudio de caso se ejecutó con el objetivo de indicar como el trastorno depresivo recurrente afecta en un paciente de 50 años con enfermedad catastrófica, brindarle una solución oportuna y así mejor la calidad de vida. Esto se ve reflejado en el uso de técnicas e instrumentos utilizados como: Observación directa, entrevista clínica y pruebas psicométricas las cuales constataron que el paciente después de las discusiones constantes con su hijo adquirido el trastorno depresivo recurrente, además el paciente presento relevantes síntomas para llegar al diagnóstico del trastorno depresivo recurrente, como el desinterés del hijo hacia su tratamiento, por motivos económicos, así mismo la falta de compañía ya que sus tratamientos lo dejan sin fuerzas. Por otra parte, manifestó constantes ataques depresivos, y por esto se brinda un plan psicoterapéutico desde el enfoque cognitivo conductual, estableciéndose metas y actividades acorde a los síntomas y problemáticas de su situación actual, esto ayudo al paciente con un pronóstico totalmente favorable para su adecuado bienestar integral.

Palabras claves: Depresión, Comunicación, Enfermedad catastrófica, trastorno depresivo recurrente y ansiedad.

SUMMARY

The present case study was carried out with the objective of indicating how recurrent depressive disorder affects a 50-year-old patient with catastrophic illness, providing a timely solution and thus improving the quality of life. This is reflected in the use of techniques and instruments used such as: Direct observation, clinical interview and psychometric tests which found that the patient, after constant discussions with his son, acquired recurrent depressive disorder, in addition the patient presented relevant symptoms to reach the diagnosis. recurrent depressive disorder, such as lack of interest in treating the child for financial reasons, as well as lack of companionship as their treatments leave them powerless. On the other hand, he manifested constant depressive attacks, so a psychotherapeutic plan is provided from the cognitive behavioral approach, establishing goals and activities according to the symptoms and problems of his current situation, this helped the patient with a totally favorable prognosis. for your proper comprehensive well-being.

Key words: Depression, Communication, Catastrophic illness, recurrent depressive disorder and anxiety.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se brinda el tema Trastorno depresivo recurrente debido a enfermedad catastrófica en un paciente de 50 años de la ciudad de Quevedo, se fundamenta en la línea de investigación de la carrera de Psicología Clínica prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y la sub línea de investigación de psicoterapia individual.

El entorno familiar se ha considerado como el contexto donde se determina la conducta y pues de aquí surge la importancia de poder relacionarlo con un factor que pueda influir en el comportamiento, los funcionarios de socializar son lo que pueden influir en el cambio de conducta y dentro de cada uno de ellos, el entorno familiar es lo más significativo, no por ser el primario en la actuación, acaso porque se constituya en el vínculo entre la sociedad y el paciente.

Mediante los resultados que se pudieron obtener de todas las técnicas e instrumentos empleados para el psico-diagnóstico, se determinó que el paciente Eduardo presentaba síntomas de estado depresivo y por eso se recomendó que se ejecute lo más pronto posible el plan terapéutico con enfoque cognitivo conductual para que se establezca su estado de ánimo, para resolver problemas y controlar pensamientos negativos y los niveles de depresión disminuyan

La finalidad de este estudio de caso es demostrar que se logre en pacientes una mejor calidad de vida con diagnóstico de una enfermedad catastrófica e interés de ejecutar este estudio se ha logrado a que como profesionales de salud mental nuestro objetivo es precautelar el bienestar y prevenir diferentes trastornos.

DESARROLLO

Justificación

El desarrollo de este estudio de caso es importante porque permite que se atienda a la problemática y que pueda obtener un esquema para el desarrollo del caso y así se consiga disminuir los signos y síntomas que perjudican al diario vivir de una persona con enfermedad catastrófica de 50 años y así colabore con el progreso funcional.

En este trabajo se puede contribuir a la indagación científica de los profesionales en el área de psicología, que realizan sus prácticas y campo laboral en diferentes centros de salud con personas de enfermedades catastróficas, mediante este estudio de caso, se pueda aclarar diversas estrategias metodológicas para los problemas que se presenten.

Este estudio de caso tiene como beneficiario primordial al paciente e indirectamente a su entorno familiar y los profesionales que son los encargados de que su tratamiento de la enfermedad es muy importante recalcar que a influencia del entorno familiar no solo puede afectar a la vida diaria de la paciente sino también a la evolución optima de su tratamiento para su enfermedad catastrófica.

El presente estudio se basa con la intervención psicología por medio de técnicas y métodos a una paciente de 50 años diagnosticada con una enfermedad catastrófica hace 10 meses, además de un plan psicoterapéutico que se utilice técnicas que estén orientadas a la reducción de los síntomas y signos que están perjudicando su vida. Es factible el estudio de caso puesto que se cuenta con los recursos necesario para que se cumpla con todo lo que se requiere.

OBJETIVO

Indicar como el trastorno depresivo recurrente afecta en un paciente de 50 años con enfermedad catastrófica para que se brinde una solución oportuna y así mejor la calidad de vida.

SUSTENTO TEÓRICO

Trastorno depresivo recurrente

Según Guerrero, (2020) expresa que el trastorno depresivo recurrente, también llamado o conocido como distimia, es una forma de depresión permanente y de larga duración. Puedes aburrirte en las acciones habituales de la vida diaria, sentirte desesperado, ser improductivo y presentar un período de ánimo bajo y una experiencia general de inadecuación, estas emociones permanecen durante varios años y consiguen afectar en gran medida a tus relaciones y a tu rendimiento en lo escolar, en lo laboral y en lo social

FIGHT, (2019) expresa que desde su punto de vista la depresión, el tipo más común y tradicional es el episodio depresivo. Puede comenzar rápidamente en unos pocos días o más paulatinamente a lo largo de algunas semanas, con una persistencia de numerosos períodos o meses. Los signos depresivos positivos deben estar presentes de forma continua durante al menos 2 semanas para que se considere un episodio depresivo. La desesperación como temperamento o dolencia afectiva en las máximas instancias tiene fases.

Debido a esto, hay intervalos del período de ánimo estándar que se alteran con sucesos depresivos ocasionalmente, de forma similar a los episodios depresivos, hay hechos de manía caracterizados por la euforia, el estado de ánimo prolongado, la hiperactividad, la irritabilidad y la agitación. En este asunto, no se identifica como melancolía unipolar, sino como episodio depresivo de desesperación bipolar en la situación de la enfermedad afectiva bipolar.

De acuerdo con la OMS, (2017), la depresión es una dolencia mental común caracterizada por la presencia de infelicidad, pérdida de aficiones o satisfacción, emociones de culpa o falta de concentración, trastorno del sueño o de las ganas de comer, emociones de cansancio y falta de atención. Esta enfermedad mental es multicausal, debido a la interacción entre elementos psicológicos, sociales y biológicos. Puede llegar a ser crucificante, dificultando seriamente la capacidad de afrontar los problemas normales. La presentación de esta dolencia puede ser leve, moderada o excesiva.

Las personas que sufren este tipo de patología normalmente se aburren en su vida diaria, si se tienen en cuenta que han estado expuestos a sufrir múltiples pérdidas junto con el círculo de familiares, el trabajo y su funcionamiento sexual se ve afectado, es evidente que puede estar deprimidos y terminar improductivos y cuentan con un sentimiento generalizado de inadecuación, esos sentimientos permanecen durante años y pueden afectar a su deporte diario.

De acuerdo con el MSP, (2017) expresa que el episodio primario puede surgir a cualquier edad o circunstancia de la vida que sea por factor interno o externo. Al principio consigue ser tanto vivo como malévolos, y la permanencia de la fotografía varía desde algunas semanas hasta varios meses.

Las alteraciones del momento de ánimo forman parte de la revelación afectiva humana, la decepción puede estar presente en la generalidad de las dolencias científicas o en momentos positivos de la vida, sin constituir una enfermedad depresiva. Sin embargo, la depresión clínica es una de las dolencias psiquiátricas más extendidas, libremente de la edad, la raza o la elegancia social. La depresión es una de las importantes causas de incapacidad a

nivel mundial, sin contar con el peso que supone para los cuidadores de los afectados. Entre el 5% y el 10% de la población española estará afectada por la depresión severa, y el 15% de estos casos acabaran en suicidio (Aguirre, 2019)

Síntomas de la depresión

Según el MSP, (2018) expresa que los signos y síntomas con alta frecuencia en los estados de depresión recurrente están estrechamente relacionados con cada uno de ellos, ya que cuando el paciente se encuentra en un estado depresivo nos muestra un amplio abanico de signos y síntomas que están relacionados con esta enfermedad de los que podemos destacar los siguientes:

- Momento de ánimo irritable o bajo la mayor parte del periodo.
- Problemas para concertar el sueño.
- Agotamiento y falta de fuerzas.
- Emociones de inutilidad y culpabilidad.

Existe una clara correspondencia con el suicidio entre la depresión, existiendo el mencionado estudio considerado primordial elemento de conflicto para el comportamiento desesperado y hacia todos los motivos de mortalidad. La melancolía es un problema sanitario de primer orden por su incidencia, por sus efectos en la mejor existencia del paciente y en la propia estructura familiar y social.

Síntomas de la depresión

Con lo que menciona Troya, (2020) se menciona que los signos y síntomas de la enfermedad depresiva recurrente suelen ir y venir durante varios años y su profundidad

también puede cambiar al largo del tiempo y de la situación. No obstante, los síntomas no suelen desvanecerse durante más de los 3 meses seguidos. Asimismo, los episodios de melancolía primaria también pueden producirse antes o durante de la duración de la enfermedad depresiva, persistente, cada vez más conocida como depresión doble.

Los signos y síntomas de una dolencia depresiva persistente pueden causar un deterioro considerable y pueden abarcar:

- Falta de afición a las actividades cotidianas.
- Baja autocomplacencia o sentimiento de incapacidad o inutilidad.
- Desesperanza.
- Irritabilidad o ira excesiva.
- Tristeza, sentimiento de vacío, melancolía.
- Pérdida de apetencia o comer en abundancia.
- Cansancio y ausencia de fuerzas.
- Evitación de las acciones sociales, intimidad.
- Disminución de la afición, la eficiencia y la productividad.
- Problemas para concentrarse y hacer selecciones.
- Problemas del sueño.
- Sentimiento de culpa o preocupaciones por el pasado.

En la primera infancia, los síntomas del trastorno depresivo recurrente pueden abarcar además el temperamento deprimido y la irritabilidad.

Factores de riesgo

Según Vega, (2018) expresa que la enfermedad depresiva crónica suele empezar pronto o en los años de formación, en los años de juventud, en la primera madurez o cuando ocurre alguna situación de noticias inesperadas, esta suele ser continua. Los factores parecen desarrollar el riesgo de que crezca o se desencadene el trastorno depresivo crónico, junto con los siguientes:

- Pasar por condiciones exigentes o perturbadoras, que consisten en la falta de un ser amado o dificultades económicas.
- Poseer un familiar que tenga antecedentes con enfermedad depresiva que sea importante su nivel o de otro trastorno del estado de ánimo.
- Tener un historial de diferentes problemas de aptitud mental, junto con un trastorno de la persona.
- Tener tendencias de personalidad que impliquen negatividad, incluyendo baja autoestima y ser excesivamente basado, autocrítico o pesimista.

Enfermedades graves o catastróficas

Según Figueroa, (2019) expresa que son las patologías de trayectoria persistente que implican un alto riesgo, en donde el procedimiento es de excesivo costo económico y efecto en la sociedad, por su perfil desarrollado o perenne, puede ser susceptible de programación.

Las enfermedades catastróficas son enfermedades devastadoras y casi generalmente incurables que requieren bastantes recursos monetarios y terapia hospitalaria, casi

generalmente paliativa y apoyo emocional regular y en ocasiones constantes para el paciente y su entorno familiar.

Esta idea de enfermedad mal definida y comprendida consiste en pacientes cáncer terminal, tetrapléjicos a causas de accidentes, trasplantes de medula ósea y otros órganos estables, tratamiento del cáncer, enfermos con dolencia renal terminal en aplicación de hemodiálisis. Además, el coste financiero del tratamiento y la devastación como resultado de la enfermedad en la aptitud deben ser considerados dentro de la idea de enfermedades catastróficas. Al final, la enfermedad puede considerarse catastrófica por su naturaleza calamitosa o por su costoso remedio.

La mayoría de la población ecuatoriana no cuenta con un seguro de salud público ni personal que cubra este tipo de dolencias, ni el desastre económico intrínseco relacionado con los excesivos costes de la atención a la enfermedad.

Criterios de inclusión para las enfermedades catastróficas

Según lo que menciona Franco, (2020) se puede indicar que los criterios de inclusión se detallan a continuación:

- Que sugieran un riesgo excesivo para la vida.
- Que se trate de una dolencia crónica y en consecuencia su atención no sea emergente.
- Que su procedimiento logre ser proyectado.
- Que el costo común de su remedio mensual sea superior al costo de una canastilla de su vitalidad en el entorno familiar.

- Que su tratamiento o intervención no pueda ser amparado, total o parcial en los sanatorios públicos o en otros sub-centros de salud dentro del país, a fin de ser definido por medio el MSP.

Enfermedades catastróficas consideradas por el MSP.

Basándonos a Benites, (2017) podemos indicar lo siguiente:

- Todos los estilos de malformaciones congénitas del corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Cualquier de cáncer.
- Tumefacción cerebral en diferente reino y de diferente prototipo.
- Insuficiencia renal continua.
- Trasplante de órganos.
- Secuelas de quemaduras extremas.
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales.

Técnicas para la Recolección de Información

Se utilizó instrumentos para la recolección de datos de un paciente de 50 años que presenta síntomas del Trastorno depresivo recurrente debido a enfermedad catastrófica, se mencionan a continuación las técnicas empleadas:

Observación clínica:

Es una técnica muy empleada con el fin de permitarnos evaluar y recoger datos que son muy vitales para el proceso del paciente, el cual incorpora un objetivo para determinar las causas que podrían registrarse con la ayuda de este instrumento, que puede ser

deliberada, es decir, la persona que observe debe de ir anotando cada una de las conductas que el paciente manifieste y así después valorar esas conductas o signos que se ha encontrado.

En esta problemática se evolucionará mediante la ficha de observación clínica, pues teniendo en cuenta que se va a localizar y registrar las conductas desde la más mínima, ya que estas pueden ser el punto clave que esté afectando a que se produzca en el paciente el trastorno depresivo recurrente. Es importante dar a conocer que esta técnica se aplicó de manera que el paciente no se dio cuenta que se observó su comportamiento durante las entrevistas y su proceso de diálisis. Uno de los datos muy significativos que se pudo registrar del paciente mientras se realizaba sus diálisis es que conversaba con sus compañeros con tono de voz melancólico.

Entrevista clínica:

Mediante esta técnica se utiliza el instrumento de historia clínica, en el cual nos permite tener datos del paciente desde su nacimiento hasta la actualidad, lo cual se puede conocer detalladamente la evolución de la enfermedad psicológica conociendo como sucedió la evolución de su enfermedad catastrófica. La información que se obtiene es muy útil y significativa ya que se tiene la libertad de conocer la evolución de la enfermedad y como ha ido afectando en su estabilidad emocional, esto es esencial para que se conozca el cuadro sintomatológico.

Este instrumento se realizó en sesiones para lograr tener detalles de datos de importancia lo cual pueda brindar un claro diagnóstico, tratamiento y posible prevención de la problemática en el paciente, es indispensable tener registrado los datos, síntomas y signos

que son significativos para brindarle al paciente una posible solución a la enfermedad mental que ha obtenido luego del diagnóstico de la enfermedad catastrófica. Se lo realizó mediante sesiones.

Instrumentos psicométricos

Se explica antes de la aplicación al paciente, los ítems o parámetros que contengan cada test, a continuación, se detallan los test que se le aplicaron al paciente:

- Test Protocolo QLI: Según (Mezzich JE, 2004) sirve para apoyar a la toma de decisiones en los tratamientos de los pacientes.
- Test de la persona bajo la lluvia: Según (Querol, 2008) manifiestan que es un test que ayuda a la proyección que tiene bases fundamentales en la teoría grafica de la figura, tiene como finalidad relatar la persona que se encuentra bajo la lluvia, con lo cual podemos establecer indicadores de la personalidad.
- Inventario de Depresión de Beck (BDL2): nos ayuda a medir la severidad de la depresión en un paciente ya que es aplicable desde los 13 años de edad. Aarón Beck su fundador, creo el cuestionario con 21 interrogantes que cuentan con opciones múltiples.

RESULTADOS OBTENIDOS

Primera Sesión 07 de julio del 2021 Hora de atención 13:15 pm: Eduardo, así lo llamaremos para el desarrollo del caso, tiene 50 años de edad, de sexo masculino, ecuatoriano de nacimiento, lugar de nacimiento Quinsaloma y desde los 15 años aproximadamente reside en Quevedo, se pudo atender al paciente por medio de la nueria ya

que ella expresa que ha visto muy deprimido a su suegro y teme que su salud física se empeore, ya que nos explica que discuten muy a menudo padre e hijo y ella no quiere que esa situación continúe porque sus hijos ven esas escenas.

Segunda Sesión 08 de julio del 2021 Hora de atención 13:15 pm: Se atendió al paciente en su vivienda, la infraestructura de la casa es de cemento, con dos pisos, en la planta alta están las habitaciones su hijo con sus hijos y esposa y en la parte de abajo habitación del paciente, un baño, sala, cocina, lavado y patio. Situado en la parroquia La Esperanza.

Tercera Sesión 15 de julio del 2021 Hora de atención 13:15 pm: se recopiló toda la información necesaria e importante para la historia clínica, y es muy importante conocer que las conductas expresadas de Eduardo eran muy tristes, su forma al relatarnos sus problemas y lo mal que se siente coincide con sus expresiones, en varias ocasiones le ganó el llanto ya que forzaba tratar de no llorar, expresa que “Aún no sé en qué fallé en toda mi vida para ahora estar luchando con esta enfermedad catastrófica”

El desarrollo del caso fue a lo largo de 7 sesiones las cuales fueron de entrevista clínica en donde utilizamos la historia clínica como instrumento para recolectar toda la información que nos permita conocer todas las dolencias del paciente, además de observar las conductas del paciente durante todas las entrevistas.

Cuarta Sesión 22 de julio del 2021 Hora de atención 13:15 pm: Se aplicó los 3 test psicométricos y se registró la conducta y el tiempo para luego de esto analizar e interpretar los resultados y restablecer el nivel de funcionamiento, para confirmar el diagnóstico del paciente de 50 años de la ciudad de Quevedo de la provincia de Los Ríos.

Quinta Sesión 27 de julio del 2021 Hora de atención 13:15 pm: En esta sesión se empezó a trabajar con: **Programación de actividades y Asignación de tareas graduales.**

Sexta Sesión 30 de julio del 2021 Hora de atención 13:15 pm: En esta sesión se empezó a trabajar con: **Práctica cognitiva.**

Séptima Sesión 03 de agosto del 2021 Hora de atención 13:15 pm: En esta sesión se empezó a trabajar con: **Entrenamiento en asertividad y role-playing.**

SITUACIONES DETECTADAS

Luego de la aplicación de las técnicas e instrumentos se recopiló información importante y necesaria para el diagnóstico de un paciente de 50 años de la ciudad de Quevedo de la provincia de Los Ríos, a continuación, se presentan las situaciones que se detectaron.

Eduardo de 50 años de edad, actualmente vive con su hijo, nuera y nietos, expresa el paciente que desde hace meses antes que le dieron el diagnóstico de la enfermedad catastrófica que padece, ha surgido problemas de comunicación con su hijo cuando es momento de darle dinero para acudir a su tratamiento, es muy importante decir que Eduardo por su enfermedad se le imposibilita trabajar ya que en su tratamiento es de decirle mucho tiempo y varios días a la semana, su instrucción académica es solo básica superior, por lo que no ha podido conseguir un trabajo estable el cual le proporcione un seguro médico.

El paciente no expone ante nadie los problemas que posee con su hijo, ya que le da mucha melancolía la conducta que ha adoptado su hijo a raíz del diagnóstico de la enfermedad catastrófica. Eduardo expresa: “En ocasiones no quiero ir a los tratamientos, pero luego pienso que, si no asisto, el problema se hace más grande porque vendrían recaídas y operaciones que serían muy costosas”.

Eduardo refiere que muchas veces se ha sentido solo en sus tratamientos y en su casa, que anhela que su esposa estuviera viva, ya que ella siempre cuidó de él cuando estaba con otras enfermedades o gripes leves, expresa que “si Flor estuviera viva tendría todo su apoyo,

juntos estuviéramos luchando para ganarle la batalla a esta enfermedad que día a día me consume porque mi hijo no se preocupa por mi” además manifiesta que con su esposa podrían haber tenido un negocio propio donde no estarían preocupándose por la situación económica.

En ocasiones expresa que no le da apetito que siente que esta agitado, mucho cansancio, asimismo manifestó que siente que nunca podrá salir sano y que duda que haya algún tratamiento que sea eficaz para su enfermedad. Eduardo revela constantes preocupaciones hacia su tratamiento por que siente que poco a poco le está trayendo problemas y así como también el problema con su hijo, cabe indicar que el paciente presenta labilidad emocional al momento de contarnos estos contextos.

En las pruebas psicométricas aplicadas, nos dio como resultado:

✓ *Test Protocolo QLI*: Se obtuvo como resultado un total de 12 lo que involucra que la calidad de vida de nuestro paciente es media.

✓ *Test de la persona bajo la lluvia*: Como resultado obtuvimos depresión, falta defensas y ansiedad.

✓ *Inventario de Depresión de Beck*: En este test nos mostró una puntuación de 26 lo que refleja un cuadro depresivo moderado.

Con los resultados de todas las técnicas e instrumentos que se le aplico al paciente Eduardo de 50 años de la ciudad de Quevedo de la provincia de Los Ríos, es importante decir que cumple con los criterios para el diagnóstico de la CIE-10, síntomas como: desesperanza, constantes preocupaciones, agitación, pérdida de apetito, fatiga y labilidad emocional, por medio de esto se puede decir que el paciente tiene:

○ CIE-10 F33: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Mediante los resultados anteriormente expuestos del estudio de caso, se debe efectuar una intervención psicoterapéutica de enfoque cognitiva conductual, que permita al paciente mejorar su estado de ánimo, la sesión está enfocada en 4 sesiones para que Eduardo logre mejorar la interacción afectiva y emocional con sus hijos, así como también reducir los niveles de depresión para que esto se pueda cumplir se plantean 5 metas generales que son:

- Restablecer el nivel de funcionamiento
- Programación de actividades
- Asignación de tareas graduales
- Práctica cognitiva
- Entrenamiento en asertividad y role-playing

ESQUEMA TERAPÉUTICO

| Hallazgos | Áreas Afectadas | Técnica | Meta Terapéutica | Sesiones | Fecha | Resultados Obtenidos |
|--|--------------------------------------|--|--|----------|-----------------------------|---|
| <p>“Aún no sé en qué fallé en toda mi vida para ahora estar luchando con esta enfermedad catastrófica”</p> <p>Esto provoca en el paciente:</p> <p>Alteraciones en su estado de ánimo predominando sentimientos de desesperanza y tristeza</p> <p>“En ocasiones no quiero ir a los tratamientos”</p> | <p>Pensamiento y Afectiva</p> | <p>Restablecer el nivel de funcionamiento</p> | Restablecer el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión es decir mejorar sus niveles de actividad propicio para las sesiones. | 1 | 22 de julio del 2021 | Se logro que el paciente restablezca su actividad para sesiones posteriores. |
| | | <p>Programación de actividades</p> | Que el paciente participe en un “experimento” diseñado para determinar si la actividad hace que disminuyan sus preocupaciones y mejore su humor. | 1 | 27 de julio del 2021 | Se logro que el paciente mediante el experimento reconozca las actividades que influyen en su estado de ánimo las afronte de tal manera se consiguió mejoría en su estado de ánimo. |
| | <p>Conductual</p> | <p>Asignación de tareas graduales</p> | Definir un problema y planificar una actividad a partir de tareas sencillas hasta las más complejas para que el paciente evalúe | 1 | 27 de julio del 2021 | Se logro que el paciente reconozca sus habilidades, sus esfuerzos y los recursos de su entorno que lo ayudaron afrontar las dudas |

| | | | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|--|
| <p>Esto provoca en el paciente: Poco deseo de asistir a las terapias, perdida de interés por las actividades que normalmente realizaba.</p> <p>“Me siento inútil, me desilusiona saber que moriré, en ocasiones prefiero no levantarme de mi cama”.</p> <p>Esto provoca en el paciente: Poca concentración, desorientación y baja autoestima.</p> | <p>Cognitiva y Afectiva</p> | | su desempeño y deseche dudas, desacuerdos y la minimización de sus logros. | | | y desacuerdos que presento durante las tareas realizadas. |
| | | <p>Práctica cognitiva</p> | Que el paciente imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. | 1 | <p>30 de julio del 2021</p> | Se logro que el paciente desarrolle soluciones para tales problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada |
| | | <p>Entrenamiento en asertividad y role-playing</p> | Enseñar al paciente a expresar de mejor manera sus emociones, su conducta, su deseo de no volver a presentar depresión. | 1 | <p>03 de agosto del 2021</p> | Se consiguió que el paciente mejore sus expresiones emocionales y conductuales logrando incorporarse a su vida normal con la disminución de síntomas depresivos. |

CONCLUSIONES

Se concluye que este estudio de caso fue realizado mediante técnicas e instrumentos que permitieron la intervención clínica del paciente Eduardo, mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos en los cuales se obtuvo resultados obteniendo buena relación y confianza para recolectar los datos importantes. El desarrollo individual brinda un acertado diagnóstico en el que se permitió establecer un plan psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual, lo cual podría beneficiar al paciente y su contexto familiar.

Se desarrolló mediante la colaboración de un paciente de 50 años con diagnóstico médico de una enfermedad catastrófica, se estableció conocer mediante la respectiva bibliografía sobre las enfermedades catastróficas y como permiten que jueguen un papel importante en la estabilidad emocional del paciente. Luego de todo lo aplicado al paciente como fue la entrevista clínica y batería de test donde se determinó como el trastorno depresivo recurrente impresiona en el paciente.

Como realización del objetivo el cual fue indicar como el trastorno depresivo recurrente afecta en un paciente de 50 años con enfermedad catastrófica, se debe decir que este trastorno afecta de manera directa la vida del paciente, por medio del plan terapéutico realizado se evidencian avances en las siguientes áreas:

ÀREA CONDUCTUAL:

No se aísla permanentemente en su habitación (visita a un amigo de la vecindad tres veces a la semana)

ÀREA COGNITIVA:

Hay una mejora notable en su atención

ÀREA AFECTIVA:

Aumento de la motivación autónoma (valores personales e intrínseca)

Disminución de la preocupación

ÀREA SOMÀTICA:

Duerme de 7 a 8 horas diarias

Aumento del apetito

Disminución de los dolores de cabeza

En base a los autores mencionados en el sustento teórico se concluye que en la mayoría de los pacientes con este tipo de trastorno mental logran manifestar problemas en el contexto familiar, laboral y social, así como en el desarrollo de este caso que nos permitió conocer los problemas de la comunicación, agitación, desesperanza, labilidad emocional, constantes preocupaciones, pérdida de apetito y fatiga. Por medio de todo esto se logró confirmar el diagnóstico según la CIE-10 F33.1 como es el trastorno depresivo recurrente con episodio actual moderado.

Con el diagnóstico se brindó como solución un esquema psicoterapéutico con el enfoque cognitivo conductual utilizando metas y técnicas que permitirán en el paciente se logre la reducción de síntomas que aquejan el estado emocional del paciente, que esto se tuvo un resultado esperado y contando que sea favorable. Para que pueda tener una buena comunicación con su hijo y dar ejemplo a sus nietos de ser constantes y sobresalir de sus problemas con ayuda y poniendo la voluntad en ser mejor cada día, hasta lograr en el paciente que utilice esas técnicas en su diario vivir para ser una buena decisión.

Es muy notable que al intervenir con técnicas de relajación permitiría al paciente que tenga posibilidades de manifestar cambios positivos en su comportamiento o su comunicación con su hijo, además ayude a controlar su ansiedad y así se mejoraría su condición de salud física y a la depresión recurrente, para que así se alude de manera profunda cada técnica.

RECOMENDACIONES

Desde el enfoque cognitivo conductual se podría mejorar el estado depresivo del paciente, para que tenga una relación sana con el entorno familiar y social para que no recaiga en este tipo de problema mental y con el hijo tenga mayor confianza en contarle como es la evolución de su tratamiento de la enfermedad catastrófica.

Se recomienda al paciente que sus chequeos de salud sean constantes con el fin de mejorar su calidad de vida, además de comer sano y hacer ejercicio con leve esfuerzo físico. A los familiares en especial a su hijo logren un dialogo asertivo, para que tengan una comunicación fluida con su padre (paciente) y así él se pueda sentir apoyado por todos en su hogar. Al médico que atiende a Eduardo, donde se realiza su tratamiento puedan tener actividades que permitan que el paciente y los demás para lograr que su concentración este enfocada en otras actividades de su tratamiento médico para no recaer en depresión u otro trastorno que posean los demás. A Eduardo que se pueda aplicar el plan psicoterapéutico que se elaboró con el enfoque cognitivo-conductual para su pronta recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, M. (2019). Trastorno depresivo recurrente. Obtenido de: <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/8435>
- Benites, J. (2017). Enfermedad Catastrófica. Guayaquil, Ecuador Obtenida de tesis profesional para título de Licenciatura de Enfermería: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8940/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-375.pdf>
- FIGHT. (2019). Existen distintos tipos de depresión. Obtenido de: <https://ifightdepression.com/es/for-all/subtypes-of-depression>
- Figueroa, O. (2019). Enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, según Ministerio de Salud Pública. . Ministerio de Trabajo , Obtenido de: https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/10/ENFERMEDAD_CATASTROFICA.pdf#.
- Franco, G. (2020). Criterios de inclusión para las enfermedades catastróficas . Quito, Ecuador. Obtenido de: https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/10/ENFERMEDAD_CATASTROFICA.pdf
- Guerrero, K. (2020). Trastorno depreivo persistente (Distimia). *Revista Mayo Clinic*. Obtenido de: <https://www.mayoclinic.org/trastorno.depresivo.persistente.gk>
- Mezzich JE. (2004). Test Protocolo QLI. *Clinica Neuropsiquiatrica*. Obtenido de: <https://www.clinica.neuropsiquiatrica.org/10.51.668/>
- MSP. (2017). Diagnostico y Tratamiento del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en Adultos. Ecuador. Obtenido de: <https://www.salud.gob.ec/diagnosticoytratamientoedtdr/>
- MSP. (2018). Depresión: Calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social. Ecuador. Obtenido de: <https://www.salud.gob.ec/depresion>
- OMS. (2017). Depresión. Publicación de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: <https://www3.paho.org/depression>
- Querol, S. (2008). Test La persona bajo la lluvia. Editorial Lugar. Obtenido de: https://www.researchgate.net/test_persona_bajo_la_lluvia

Troya, Y. (2020). Trastorno depresivo persistente. *Mayo clinic*. Obtenido de: <https://www.mayoclinic.org/trastorno.depresivo.persistente.ty>

Vega, G. (2018). Factores de riesgo para el Trastorno depresivo persistente. *Revista Mayo Clinic*. Obtenido de: <https://www.mayoclinic.org/>

ANEXOS

Anexo A

(B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

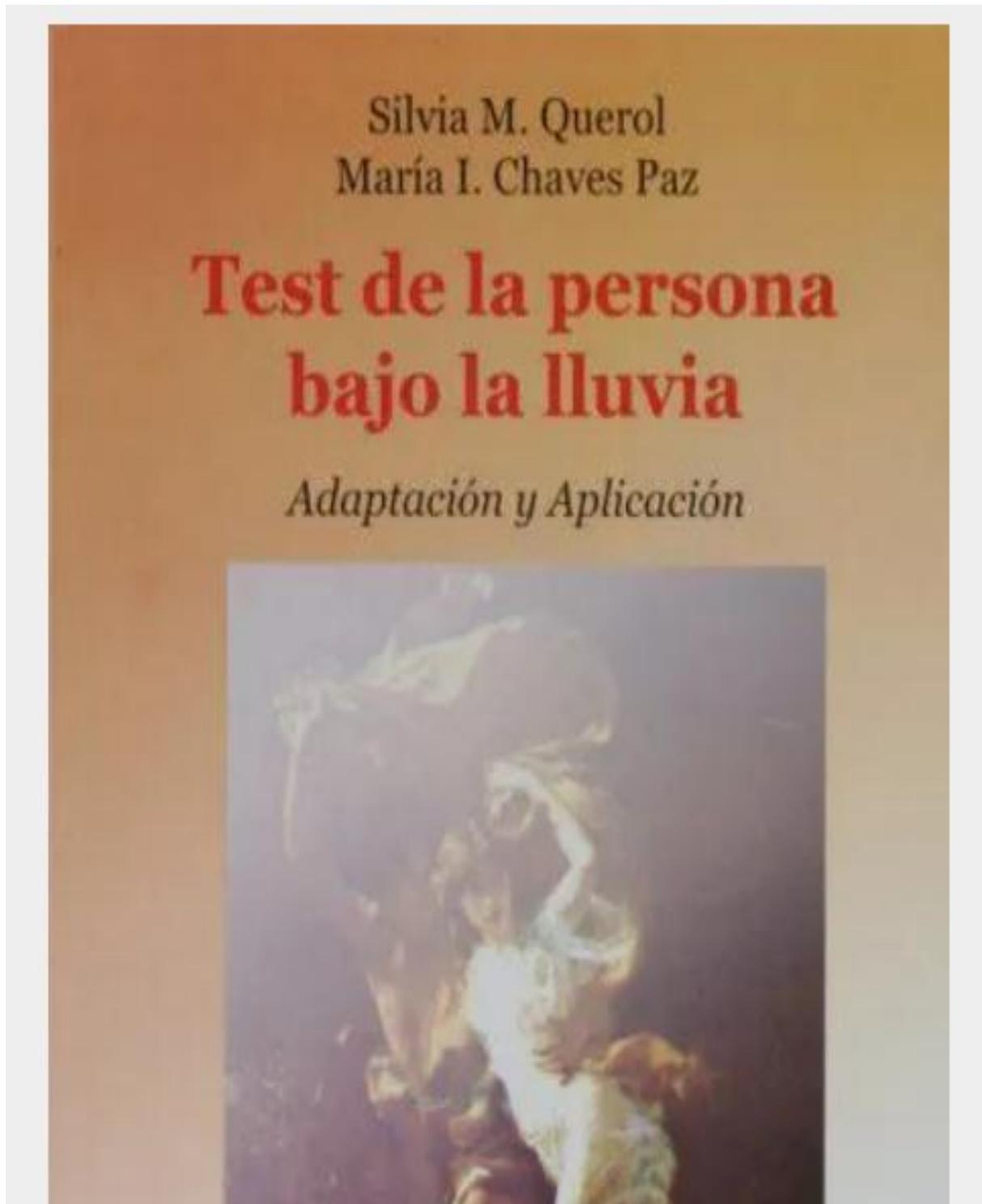
NOMBRE:

FECHA:

1. En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación, señale cuál de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso márkela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1.0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
 - 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- 2.0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro
- 1 Me siento desanimado con respecto al futuro
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar
 - 3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar
- 3.0 No creo que sea un fracasado
- 1 Creo que e fracasado más que cualquier persona normal
 - 2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
 - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona
- 4.0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes
- 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
 - 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo
- 5.0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
 - 2 Me siento bastante culpable casi siempre
 - 3 Me siento culpable siempre
- 6.0 No creo que este siendo castigado
- 1 Creo que puedo ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Creo que estoy siendo castigado
- 7.0 No me siento decepcionado a mi mismo
- 1 Me he decepcionado a mi mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio
- 8.0 No creo se peor que los demás
- 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
 - 2 Me culpo siempre por mis errores
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
- 9.0 No pienso matarme
- 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
 - 2 Me gustaría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10.0 No lloro mas que de costumbre
- 1 Ahora lloro mas de lo que solía hacer
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo
 - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera
- 11.0 Las cosas no me irritan mas que lo de costumbre
- 1 Las cosas me irritan un poco mas que lo de costumbre
 - 2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
 - 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo
- 12.0 No he perdido el interés de otra persona
- 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
 - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
 - 3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 13.0 Tomo decisiones casi como siempre
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
 - 2 Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes
 - 3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
 - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer poco atractivo
 - 3 Creo que me veo feo
- 15.0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta mucho mas esfuerzo empezar a hacer algo
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
 - 3 No puedo trabajar en lo absoluto
- 16.0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo también como solía hacerlo
 - 2 Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme
- 17.0 No me canso más que de costumbre
- 1 Me canso mas facilmente que de costumbre
 - 2 Me canso sin hacer casi nada
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo
- 18.0 Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser
 - 2 Mi apetito esta mucho peor ahora
 - 3 Ya no tengo apetito
- 19.0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo
- 1 He rebajado más de 2 kilos y medio
 - 2 He rebajado más de 5 kilos
 - 3 He rebajado más de 7 kilos y medios
- 20.0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias Estomacales, o estreñimientos
 - 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa
- 21.0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
 - 3 He perdido por completo el interés por el sexo

Anexo B



Anexo C**HISTORIA CLÍNICA**

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**6. HISTORIA PERSONAL****6.1. ANAMNESIS**

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL _____

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL _____

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD _____

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO _____

6.9. HISTORIA MÉDICA _____

6.10. HISTORIA LEGAL _____

6.11. PROYECTO DE VIDA _____

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN _____

7.3. ATENCIÓN _____

4. MEMORIA _____

7.5. INTELIGENCIA _____

7.6. PENSAMIENTO _____

7.7. LENGUAJE _____

7.8. PSICOMOTRICIDAD _____

7.9. SENSOPERCEPCION _____

7.10. AFECTIVIDAD _____

7.11. JUICIO DE REALIDAD _____

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD _____

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

| Función | Signos y síntomas | Síndrome |
|---------------------------|-------------------|----------|
| Cognitivo | | |
| Afectivo | | |
| Pensamiento | | |
| Conducta social - escolar | | |
| Somática | | |

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO**12. RECOMENDACIONES****13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

| Hallazgos | Meta Terapéutica | Técnica | Número de Sesiones | Fecha | Resultados Obtenidos |
|-----------|------------------|---------|--------------------|-------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Firma del pasante