



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

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA
(ALOPECIA) EN UN ESTUDIANTE

AUTOR:

FLOR KATHERINE MANTILLA TEJADA

TUTOR:

MSC. HERIBERTO ENRIQUE LUNA ALVAREZ

BABAHOYO – AGOSTO/2019



ÍNDICE

CONTENIDO

CARATULA	I
INDICE	II
RESUMEN	II
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación	2
Objetivo General	3
Sustentos teóricos	3
Técnicas aplicadas	7
Resultados obtenidos	9
Situaciones detectadas	14
Soluciones planteadas	15
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS	20

RESUMEN

Una enfermedad médica que denote cambios físicos altamente significativos como la Alopecia en un adolescente puede atraer consecuencias que ponen en riesgo la salud mental del mismo, ya que se encuentra en la etapa de búsqueda de identidad y aceptación del medio social en el cual se encuentra involucrado, por tal motivo se considera una población vulnerable. En el presente trabajo investigativo se realiza el estudio de un caso de un estudiante de 13 años, que presentaba cambios que afectaban no solamente su rendimiento escolar, sino también su vida social y emocional.

Durante el estudio de la sintomatología que mostraba el paciente, mediante el uso de la observación y la historia clínica, se pudo constatar bajo los parámetros que indica el DSM V que el diagnóstico clínico del paciente era depresión mayor debido a enfermedad médica (Alopecia), esto permitió realizar el esquema terapéutico correspondiente para reducir los signos y síntomas que el mismo manifestaba.

Palabras claves: Depresión, alopecia, estudiante, tratamiento, enfermedad médica.

ABSTRACT

A medical illness that denotes highly significant physical changes such as Alopecia in an adolescent can attract consequences that put their mental health at risk, since it is in the stage of seeking identity and acceptance of the social environment in which it is involved For this reason it is considered a vulnerable population. In this research work the study of a case of a 13-year-old student is carried out, which presented changes that affected not only his school performance, but also his social and emotional life.

During the study of the symptomatology that the patient showed, through the use of observation and medical history, it was possible to verify under the parameters indicated by the DSM V that the patient's clinical diagnosis was major depression due to medical illness (Alopecia), This allowed to carry out the corresponding therapeutic scheme to reduce the signs and symptoms that it manifested.

Keywords: Depression, alopecia, student, treatment, medical illness.

INTRODUCCIÓN

La caída del cabello por alguna afección médica o simplemente por el paso de los años constituye una pérdida a la que muchas personas no logran adaptarse fácilmente y tienden a deprimirse, ocultarse o someterse a cirugías para disminuir su impacto emocional y estético ante la sociedad.

La problemática planteada y presentada en este trabajo de titulación, previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico, en la modalidad de examen complejo, es un estudio de caso, el mismo que fue tratado en mis prácticas pre profesionales mediante el cual se realizó un estudio psicológico a un paciente con depresión mayor debido a una enfermedad médica (alopecia), asistido en la Unidad Educativa Ana Rosa Valdivieso de Landívar de la ciudad de Ventanas.

La línea de investigación de la carrera en la que se ubica el presente trabajo es en la de “Prevención y Diagnóstico”, siendo la sublínea de investigación la de “Trastorno del comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje”.

Como tal, el paciente presentó varios signos y síntomas que afectaban de manera considerable diferentes aspectos de su vida tales como: el diario vivir, la escuela, rendimiento académico, autoestima, la motivación para asistir a diferentes lugares públicos, ya que pudo manifestar que estaba cansado de las mofas de las personas, de los amigos incluso de su mismo entorno familiar. Con el uso de la historia clínica y pruebas psicométricas fue posible determinar lo que va generando diferentes malestares, lo que en efecto sirve como base para desarrollar un plan psicoterapéutico orientado al asesoramiento psicológico tanto para el paciente como para su familia.

La finalidad de este trabajo es demostrar que el trastorno depresivo mayor debido a enfermedad medica alopecia, causa un impacto significativo en el aspecto psicosocial afectivo del paciente, creando así en el mismo ideas de suicidio, aislamiento total o parcial, baja autoestima, poca importancia en su aseo personal, cambios de humor y formas de pensar negativas ante cualquier situación que se le presente, y que es de vital importancia la comunicación y el apoyo familiar y sobre todo que dicho paciente sea tratado por un profesional y tenga el respectivo seguimiento del caso con las diferentes técnicas y métodos en el ámbito psicológico y médico.

DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso de manera descriptiva encaminado en el asesoramiento psicológico y como tal en su intervención psicoterapéutica de un paciente diagnosticado con depresión mayor debido la enfermedad médica alopecia, de la Unidad Educativa Ana Rosa Valdivieso de Landívar de la ciudad de Ventanas, el mismo que se llevó a cabo mediante métodos y técnicas psicológicas, acogándose a un plan psicoterapéutico, para la disminución de los signos y síntomas del paciente, logrando el reconocimiento y aceptación de la enfermedad.

Es importante la elaboración de este trabajo porque permitirá conocer detalladamente la problemática del caso, con lo cual se podrá desarrollar el esquema terapéutico en el que se fundamenta la investigación con diferentes autores que hablan de aquella patología tanto medica como psicológica, para así de esta manera poder lograr reducir los signos y síntomas perniciosos en la vida diaria del paciente y contribuir al progreso funcional del mismo.

Este estudio de caso contribuirá a la investigación científica de los profesionales del área de psicología que ejecutan su práctica y trabajo profesional en los diferentes centros educativos, aunque son casos poco comunes se dan y tenemos que estar al margen de todas la patologías que como tal pueden darse y servirá como un precedente para próximas investigaciones que se realicen en la universidad técnica de Babahoyo y que tengan fines en común con esta investigación.

Los principales beneficiarios de esta investigación serán: el paciente y su entorno familiar, como también el ámbito educativo profesores, tutores y demás, ya que esta patología no solo afecta la vida diaria del al paciente si no como también a su entorno, además se promueve conductas positivas que van mejorar el estado del paciente, pues evitará que el paciente se deprima, que este irritable, maneje su autoestima, que tenga afán de su cuidado personal, que este tenga valor crítico constructivo que ayude con el proceso terapéutico lo cual contrarrestará los signos y síntomas negativos de la problemática.

La ejecución de este trabajo trajo consigo resultados positivos, porque se contó con todos los recursos necesarios para llevar a cabo el abordaje de la problemática de paciente que en efecto ayudo al mejoramiento de la salud mental y social del mismo. También tuvo la aprobación y participación de la Psicóloga encargada del departamento del DECE Rosa Mayorga, tutores del estudiante, profesores y autoridades del plantel que estuvieron pendientes en todo momento del paciente y como también los padres del mismo, lo que ayudó al paciente y su familia a llevar a cabo el tratamiento psicológico de una manera adecuada y sin impedimentos.

Objetivo General

Determinar la influencia de la enfermedad medica alopecia en el trastorno depresivo mayor de un estudiante.

Sustentos Teóricos

Enfermedad médica alopecia (Variable Independiente)

La alopecia es una enfermedad de origen multifactorial en los que hay antecedentes familiares en un gran porcentaje de las personas que la padecen y su origen en inmunológico, los folículos detienen la producción del cabello en varias zonas. (Nievas, 2017)

La alopecia es la pérdida anormal del cabello ya sea total o parcial, es decir la persona pierde más de cien cabellos diarios, esta enfermedad afecta más a la población masculina, 9 de cada 10 casos de alopecia en niños son casos alopecia no cicatrizal y adquirida, esta enfermedad no solo afecta el estado físico del individuo, sino también su equilibrio emocional, ya que le cuesta a muchos adaptarse a esos cambios que son generados por la misma. (Meda Sandra Orasan, 2016)

La alopecia es una enfermedad que tiene un alto impacto en la salud mental del paciente, dado que tiene cambios considerables en el aspecto físico, lo que conlleva a repercusiones psicosociales, que en el caso de un niño que entra a la etapa de la adolescencia va a traer consigo cambios emocionales, conductuales y escolares como por ejemplo disminución del rendimiento académico.

Las reacciones psicológicas están influidas por la edad del paciente que la padece, el paciente evita realizar muchas actividades que comúnmente ejecutaba, lo que genera sentimientos de vergüenza, aislamiento, baja autoestima, inutilidad, conductas de desamparo, condiciones que dejadas en un curso natural llegan a desembocar en un proceso depresivo. (Erazo, 2015)

Las personas que son detectadas a temprana edad con alopecia se vuelven vulnerables ante la situación, por lo tanto es recomendable que se tome en consideración y sea tratada a tiempo para contrarrestar sus secuelas que podrían desencadenar un decaimiento emocional, deterioro escolar, social, familiar o en el peor de los casos desarrollar depresión.

Al tener cambios significativos en la apariencia física, puede ser de gran impacto psicológico para la persona afectada, lo que conllevara disminución de actividades que comúnmente realizaba sean estas sociales, laborales y escolares, lo que es recomendable que su apoyo y asesoramiento psicológico sea dado a tiempo antes que sea desarrollado un trastorno.

Los tratamientos para la alopecia incluyen medicamentos y cirugías para originar el crecimiento de cabello y retrasar su caída. También se puede incluir tratamiento psicológico que valla enfocado a la aceptación de la enfermedad y contrarrestar sus consecuencias psicológicas negativas.

Depresión mayor (Variable Dependiente)

En cuanto a la depresión podemos decir que es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada trastorno depresivo mayor o depresión clínica, afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que tengas dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, sientas que no vale la pena vivir. (Barlow, 2018)

Para el diagnóstico, cinco de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de dos semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer: 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, 2) Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las

actividades la mayor parte del día, 3) Aumento o pérdida significativa (5%) de peso, o disminución o aumento del apetito, 4) Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnía, 5) Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente), 6) Fatiga o pérdida de energía, 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, 8) Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, 9) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse. (Coryell, 2016)

Es así que, el deterioro social y escolar de un paciente que padece de trastorno depresivo mayor debido a enfermedad médica alopecia, trae consigo cambios muy notorios en la vida del mismo y de su medio en el cual se encuentra, el rendimiento escolar empieza a decaer no solamente por la anhedonia del paciente sino también porque el trastorno ha conllevado a que el mismo deje de habitar actividades a las cuales estaba acostumbrado entre ellas su asistencia al centro educativo, las salidas con amigos que comúnmente solían ser de gran satisfacción se pierden, el miedo constante y recurrente de ser burlado por su problema de salud alopecia, provoca que su salud mental se deteriore desarrollándose el trastorno depresivo mayor.

Indica en su trabajo investigativo que la depresión en los jóvenes es una de las causas del problema de salud mental, donde provoca sentimientos de tristeza constante y una gran pérdida de interés al momento de realizar actividades, algunos problemas como la presión social, las expectativas en el ámbito académico, los cambios que pueden darse por una enfermedad médica pueden desarrollar este trastorno. (Christopher Day, 2016)

La alopecia trae consigo cambios notorios en el aspecto físico de una persona, estos cambios pueden ser perjudiciales para la salud mental de los individuos, tener cambios altamente notorios como los que encontramos en personas con alopecia en jóvenes donde la búsqueda de identidad y la aceptación social es importante es una problemática que debe ser atendida a tiempo antes que la persona desarrolle un trastorno como puede ser la depresión mayor, que consigo traerá consecuencias negativas que se verán reflejados no solamente en su vida social, sino también en su ámbito escolar, ya que empezara cambios en su

rendimiento académico, inasistencia a la institución, por el miedo de no ser aceptado por sus cambios en su apariencia física.

La depresión en los jóvenes no es una sintomatología que se puede aliviar o contrarrestar o superar con fuerza de voluntad, es una problemática que debe ser tratada con tratamiento psicoterapéutico ya que puede traer consigo consecuencias graves. El tratamiento del paciente depende de la gravedad de su trastorno, puede acompañarse no solamente del plan psicoterapéutico sino también de un tratamiento farmacológico para que sus niveles químicos sean regulados, la psicoterapia es el tratamiento más idóneo para las personas con depresión mayor debido a enfermedad médica alopecia.

Indica en su investigación que la psicoterapia, también llamada asesoramiento psicológico o terapia de conversación, es un término general para tratar la depresión en la que se habla con un profesional de salud mental sobre la depresión y otras cuestiones relacionadas. Los diferentes tipos de psicoterapia pueden resultar efectivos para la depresión, como la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal. (Farrugia, Mayo Clinic, 2019)

La psicoterapia puede realizarse de manera individual, con los miembros de la familia o en grupo. A lo largo de las sesiones regulares, su hijo podrá:

- Aprender sobre las causas de la depresión
- Aprender a identificar y modificar las conductas o pensamientos perjudiciales para la salud.
- Explorar relaciones y experiencias
- Encontrar mejores formas de enfrentar y solucionar problemas
- Establecer objetivos realistas
- Recuperar el sentimiento de felicidad y de control.
- Ayudar a aliviar los síntomas de depresión, como la desesperanza y el enojo.
- Adaptarse a una crisis u otra dificultad actual

Técnicas aplicadas

En este trabajo investigativo previo a la obtención del título de psicóloga clínica, se desarrolló un estudio de caso para la determinación de la influencia del trastorno depresivo mayor debido a enfermedad médica en un estudiante de la unidad educativa Ana Rosa Valdiviezo de Landívar, este estudio de caso se lo realizó mediante un método de investigación cualitativa, permitiendo alcanzar una investigación exhaustiva de la problemática del paciente.

También se utilizó el método clínico que por medio de un proceso en la investigación sistemático se logró diagnosticar el trastorno que tenía el paciente y todas las causas que habían conllevado al desarrollo del mismo; se utilizó técnicas e instrumentos psicológicos como la entrevista, observación clínica, historia clínica, test psicométricos entre otros.

Entrevista psicológica: Con el uso de esta técnica se alcanzó una indagación puntualizada y precisa de lo que le estaba causando problema al paciente; el motivo de consulta, los antecedentes psicopatológicos y antecedentes que van en relación a su enfermedad médica Alopecia. También se obtuvo información de detalles de los aspectos familiares y de los problemas que presentaban, mediante esta técnica se conoció también las posibles causas que habían desarrollado el trastorno en el paciente, para esto se efectuó la anamnesis mediante un formato de historia clínica para lograr explorar cronológicamente toda información considerada como oportuna del paciente y su entorno. (Anexo 1)

Observación clínica: mediante esta técnica se consiguió observar con atención al paciente, para luego tomar apuntes de todas las conductas no verbales que el indicaba durante el trabajo psicoterapéutico para así relacionar sus signos y síntomas, relacionando lo que decía y mostraba. (Anexo 2)

Test psicométricos: la aplicación de los test se realizó con el objetivo de corroborar la información que el paciente había indicado, para luego poder relacionar los signos y síntomas que el paciente había manifestado en la anamnesis, se utilizaron las siguientes baterías para el diagnóstico del trastorno.

- Test de casa-árbol-persona, en inglés House-Tree-Person (HTP) Jhon Buck, 1969.
- Inventario de depresión de Beck, creado por el psiquiatra y terapeuta cognitivo conductual Aaron T. Beck consta de 21 preguntas de respuesta múltiples, que sirven para medir la severidad de la depresión.

Resultados Obtenidos

Paciente de 13 años de edad, de nacionalidad ecuatoriano, oriundo del Cantón Ventanas, provincia de los Ríos, actualmente estudiante en la Unidad Educativa Ana Rosa Valdivieso de Landívar del Cantón Ventanas, fue referido por el tutor de curso para ayuda psicológica por las diferentes acciones negativas psicosociales y físicas que presentaba, y como tal preocupaban tanto a la institución académica y sus familiares.

El caso se desarrolló durante ocho sesiones, las cuales sirvieron para conocer, aclarar y tratar varias sintomatologías, que presentaba el paciente debido a un patología multifactorial. Como tal, se trabajó con varias técnicas, incluyendo baterías psicológicas de uso profesional para determinar el grado de severidad del paciente antes mencionado.

Se incluye en esta terapia como parte primordial del caso a sus padres y demás familiares con la intencionalidad de la orientación previa acerca del proceso a los involucrados, de acuerdo a los diferentes parámetros que se trataría en dichas sesiones, las mismas que se fueron dando de una o dos veces por semana y su duración era entre los 40 y

60 minutos según la temática a tratarse. Para ello, se formó una estructura de intervención de ocho sesiones, tratadas tanto con el estudiante como con sus familiares.

Primera sesión

La intervención al paciente N.N de 13 años fue llevada a cabo en la Unidad Educativa Ana Rosa Valdiviezo de Landívar de Ventanas, en el Departamento de Consejería Estudiantil, también llamado DECE, al cual el niño fue derivado por la docente tutora, debido a su mal comportamiento, faltar a clases, acciones negativas dentro y fuera del aula, aislamiento total, incumpliendo de tareas, según informe y que esto ya era de algunos meses.

En esta sesión se logró de manera total el rapport y la empatía con el paciente, de tal forma que se procedió a la toma de sus datos respectivos tanto personales como familiares, como también se logró llevar a cabo el respectivo compromiso para que de esta manera asista a las demás sesiones posteriores el mismo que estuvo de acuerdo desde el primer momento.

Segunda sesión

En esta sesión se llevó a cabo el previo registro del motivo de consulta del paciente donde el mismo nos pudo manifestar sus sintomatologías. La razón por lo que él se encontraba en ese estado, según sus palabras era: “por lo que la vida le daba igual, si vivir o morir, lo único que quería era estar solo dónde nadie lo moleste, y mucho menos lo pueda ver, creo que me hice esclavo de la soledad manifestó”

Agachando la mirada, queriendo tapar su cara con su mano dijo: “ya estoy cansado de venir a la escuela todos se me burlan me ponen apodos, me quitan la chompa para verme la cabeza, yo sé que me voy a quedar sin pelo la cabeza, y a mis papas no les importa nada y me tratan como si estuviera loco, y solo me quieren llevar a parque para que

según yo haga amigos, o me distraiga, no se dan cuenta que todos me quedan viendo como un bicho raro, como si yo apesto, mejor porque no me llevan al médico para que me cure”, concluyó.

Toda esta incomodidad surgió desde que por parte del docente tutor fue a visitar a un médico amigo, el mismo que pudo manifestar que lo que presentaba según los signos del paciente era “Alopecia Areata” y desde aquel día el paciente presenta varios síntomas debido a su patología. En el proceso de esta sesión me enfoqué específicamente en la escucha activa, de lo que en sí le estaba afectando al paciente de manera considerable, y se sugirió al final de la sesión que se requería la presencia de los padres.

Tercera sesión

En esta sesión como ya se había quedado de acuerdo con el paciente se llevó a cabo la reunión con los padres, para así de esta manera conocer e identificar con el relato de los mismos que era lo que pasaba en realidad fuera de la institución educativa con el paciente, si las mismas acciones negativas coincidían fuera de la escuela y en su hogar.

Sus padres manifestaron que el paciente hace meses atrás era un niño normal como cualquiera, jugaba en la calle, afuera de casa, iba a la escuela, hacía deberes aunque casi siempre no fue tan buen estudiante, pero cumplía con las tareas aunque a empujones pero las hacía. “En la actualidad, mi hijo ya no es el mismo, es grosero, se fuga, no quiere venir, a la escuela, dice que no quiere vivir, no sabemos qué tiene, llegamos a pensar que estaba consumiendo drogas, lo castigamos, pero no era eso, ya que un amigo de la familia le hizo una prueba para ver si consumía pero dio negativo, ni siquiera alcohol”.

Ahora él ya ni se quiere bañar, no se quiere cortar el cabello, la parte de atrás está pelón, pero adelante nos hemos dado cuenta que no tiene mucho cabello, pensamos que tal vez como no se baña le ha caído algún hongo, pero como somos de escasos recursos no

tenemos para llevarlo al médico aparte, una vez si lo llevamos al médico, en el hospital ya hace un buen tiempo pero nos dijeron que era un pequeño hongo le dieron unas pastillas y una crema pero eso no le hizo nada, ya después nos olvidamos hasta ahora.

Cuarta sesión

En esta sesión se procedió a la realización de un test psicométrico, como lo es el test de depresión de Aaron T. Beck, con el objetivo de conocer e identificar el nivel de depresión que el paciente presentaba y así poder llevar a cabo las metas y técnicas que se aplicarían al paciente antes mencionado.

Quinta sesión

En esta sesión se le pudo plantear al paciente las diferentes soluciones que se había propuesto para equilibrar el malestar significativo que el mismo presentaba, por lo cual de manera conjunta se trabajaría tanto con el paciente, los padres, el docente tutor y sobre todo se derivó con un médico del hospital Jaime Roldos Aguilera, de la ciudad de Ventanas, el cual de manera colaborativa tanto profesional como económica, seguiría el caso del paciente.

Se realizó una meta interdisciplinaria con el fin de que el mismo tenga más información de sus patologías, lo que seguir desde la parte médica, y la parte psicológica. Para ello, se acordó con el paciente que lleve un registro donde anote todo acerca de sí mismo, cuando se sienta bien, cuando no, por qué y qué fue lo que le ocasiono algún malestar por mínimo que este sea, de tal manera que se quería reducir los pensamientos suicidas que tenía. Luego de aquello, se le hizo conocer al paciente las diferentes actividades que se llevarían a cabo en su vida diaria.

Sexta sesión

En esta sesión se abordó con el plan terapéutico al paciente, que de tal manera, nos enfocamos en que el paciente asimile su situación y por ende su patología, lo cual se llevaría a cabo a través de la Psicoeducación vinculada a su enfermedad, interviniendo tanto el psicólogo clínico como el médico profesional. De esta manera, se da a conocer al paciente y sobre todo identificar las actividades de su vida cotidiana que podía realizar sin ninguna dificultad, dejando en claro que lo antes mencionado se lo realizó previo a la autorización y aprobación del médico tratante.

Por otro lado, se trabajó con la terapia de reestructuración cognitiva, para que el paciente pueda manejar aquellos pensamientos automáticos negativos, ya que se detectó ideas de desvalorización y baja autoestima que generaban pensamientos de rechazo hacía sí mismo y su vida.

Séptima sesión

En esta sesión, se trabajó con los padres de familia aplicando también la técnica de Psicoeducación, y terapia de resolución ya que a ellos se les dificultó de tal manera comprender tanto la patología del paciente, como su forma de pensar y sentir lo que le estaba pasando desde la parte psicológica y física, de tal forma que a ellos como padres entiendan y así poder ayudar de la mejor manera a su hijo. Se explicó que el proceso no es fácil, que hay altibajos, que el apoyo familiar es de mucha refuerzo sobre todo el saber escuchar, entender y comprender toda esta situación.

Después de la intervención con el médico, llego a la escuela y se pudo realizar una terapia familiar, para aquello pudimos observar una confrontación bidireccional, lo cual pudimos darnos cuenta la falta de comunicación familiar, y como tal lo más probable de un hogar disfuncional, con problemas de separaciones recurrentes, cosa que afectaba a un alto

grado al paciente, pero al final se logró llegar a varios acuerdos con los padres, y con el paciente para que así de esta manera se trabaje en conjunto con los padres y se logre el objetivo propuesto para beneficio del paciente.

Octava sesión

En esta sesión se ayudó al paciente para que tenga una vida socialmente activa y como tal este se reintegre y realice sus actividades de manera normal, por ello se trabajó con técnicas de desarrollo de habilidades, para que de esta manera tenga una base de fuerza integral, y mejore su calidad de vida y sus relaciones afectivas con sus familia.

Es de gran importancia que no se deje a un lado el registro que se pidió al paciente para su mejoría, ya que de esta manera tendrá presente todo su proceso terapéutico y el mismo ara énfasis en cualquier situación que lo amerite, para ello se debe de tener un control significativo de todas las acciones a realizar.

Situaciones detectadas

Mediante el uso de las técnicas y métodos aplicados se mostró la información necesaria para identificar la patología que el paciente presentaba, así como corroborar los signos y síntomas del mismo por medio de los test, la entrevista y la observación que se realizó en la diferentes sesiones tanto con el paciente y los padres de familia y como también fue de gran ayuda el aporte de los docentes y tutor del paciente, por otro lado el trabajo interdisciplinario con el medico profesional que estuvo pendiente del caso y los avances del mismo.

El paciente de 13 años de edad, está en el proceso del tratamiento médico con el doctor del hospital Jaime Roldos Aguilera, al principio no quiso asistir a ninguna de la

charlas ni reuniones que se le invitaba, para poder llevar a cabo el proceso terapéutico, y los días que asistía a clases era solo por salir de casa para no ver a sus padres, luego de aquello se trabajó tanto con los padres y con el estudiante para de esta manera hacerle un seguimiento hasta su hogar para así poder conversar con él, y poder ayudarlo, ya que se hacía en ciertos casos imposible por lo que faltaba mucho a clases, o no asistía simplemente porque quería solo pasar encerrado en su habitación.

En la intervención con sus padres nos supieron afirmar que ellos al principio pensaban que su hijo estaba en consumo de drogas, por lo que lo castigaban frecuentemente para que les diga la verdad, no lo dejaban salir de casa ya que el lugar donde ellos habitan es en una zona peligrosa donde todas las noches se juntan muchos adolescentes a tomar y consumir sustancias psicoactivas, como drogas y cigarrillo, para los padres se les hizo mucho más fácil no dejarlo salir de casa, y prohibirle muchas cosas, entre ellas el celular, computador, televisor o el internet.

Sin pensar que todo lo que él sentía o pensaba era muy diferente a lo que ellos pensaban, y que todas aquellas acciones de los padres iba a repercutir en el paciente de manera negativa sintiéndose solo, y que estas a su vez impedirían desarrollar sus actividades cotidianas de su diario vivir, sin que los padres puedan darse cuenta de la situación que este pasaba, que aunque al paciente ya lo había llevado al médico, no le dieron el respectivo valor a la situación, que aunque ellos no tienen medios económicos, pudieron investigar o tratar de buscar ayuda en otros lugares, tanto hospitales o médicos profesionales que se ocupen como medio investigativo del caso.

El paciente por lo tanto al ver que tanto sus tutores docentes como sus padres y por otro lado la orientadora del DECE y la pasante psicóloga clínica querían ayudarlo a salir de ese mundo en el que se había metido, muchas veces por miedo, por estar confundido, sin el apoyo de nadie, cansado de las burlas de los demás el paciente se comprometió a llevar a cabo el proceso terapéutico, y médico.

Durante la elaboración del plan terapéutico, resultó un poco complejo implicar a los padres porque ellos aún se sentían confundidos, no sabían en que momento el paciente llegó al punto de decir que no quería vivir, que nadie estaba pasando por lo que él, que nadie lo entendía, que estaba solo en todo, que prefería estar muerto para no seguir haciendo quedar mal a sus padres, y que no se avergüencen de él.

A los padres se les fue informando de la situación y de la oportunidad que tenían de superarla, de tal manera que comprendieron poco a poco a partir de las charlas, y las sesiones en los cuales se trabajó algunos puntos que tenían como objetivo el bienestar del paciente, y sobre todo aclararon sus problemas de comunicación como padres y apoyaron en todo a su hijo para que este trabaje en su recuperación.

Soluciones planteadas

Con el fin de llevar a cabo una psicoterapia adecuada para la reducción de los signos y síntomas del paciente y las dificultades sociales y escolares que tenía causa de la depresión mayor debido a enfermedad médica, se planteó un esquema terapéutico con el enfoque cognitivo conductual, acorde a su problemática y que consta de tres metas generales y cuatro específicas. Se presenta el plan terapéutico a continuación:

1.-Disminuir el pensamiento disfuncional (terapia individual con el paciente)

- Actividad/técnica: Reestructuración cognitiva

Resultados obtenidos: se consiguió que todos los pensamientos e ideas disfuncionales que tiene el paciente debido a su patología se disminuyan convirtiéndose en ideas y pensamientos funcionales, mejorando su calidad de vida.

2.- Mejorar la habilidad de autocontrol (terapia individual con el paciente)

- Actividad/ técnica: Psicoeducación y terapia de autocontrol

Resultados obtenidos: con la Psicoeducación se consiguió que el paciente logre tener una idea clara y funcional de su enfermedad (alopecia) y que esta no debe perjudicar su salud mental, con la terapia de autocontrol se logró mediante la enseñanza que el paciente mantenga un registro diario de experiencias positivas y su estado de ánimo, que pueda establecer metas específicas que estén relacionada actividades positivas y por otro lado identificar reforzadores.

3.- Desarrollar habilidades sociales (terapia individual con el paciente)

- Actividad/técnica: Aumento y reinserción de habilidades sociales y escolares

Resultados obtenidos: se obtuvo un refuerzo positivo del ambiente social y escolar del paciente, lográndose que él pueda volver habituarse a la escuela y a sus actividades sociales como lo hacía antes de desarrollar el trastorno, y que las complicaciones que él se había creado por los cambios físicos debido a la alopecia no sean perjudiciales en su vida.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El trastorno de depresión mayor debido a enfermedad médica alopecia es una problemática que no debe de pasar desapercibida tanto por la familia, ni por la sociedad en general, incluyendo de manera fundamental al centro educativo para que se atiendan cada uno de los casos que se suscitan en el mismo y puedan ser valorados por un profesional de la salud mental, en colaboración de la familia del paciente.

Los pacientes con trastorno depresivo mayor debido a la enfermedad medica alopecia, están en riesgo de ser expuestos a burlas, desprecio, a sentirse solos y sin ayuda, con ideas y pensamientos lesivos para otras personas y para sí mismos, y otras condiciones negativas que inciden reiterativamente en su vida social, educativa, y familiar, con patrones que limitan la socialización, creando un ser ausente con el peligro de la búsqueda del suicidio como solución.

En muchos casos se puede hablar de negligencia, por parte de las entidades públicas responsables de la salud, ya que no se realiza un estudio a fondo de la patología del paciente, pues se lo observa y se envía medicamentos, sin el uso de los respectivos exámenes de laboratorio, para corroborar el primer diagnóstico y sobre todo descartar alguna comorbilidad, que genere un peligro significativo, tanto para el paciente como para su entorno.

El sistema educativo debe capacitar a los profesionales de la salud mental que forman parte de su personal para identificar patologías conjuntas que deben ser abordadas por un equipo interdisciplinario con un tratamiento integral y trate los trastornos que para uno solo puede resultar confusos a la hora de diferenciar entre una patología u otra.

Con el debido uso de las diferentes técnicas de psicodiagnóstico, como la entrevista psicológica, la observación, y la historia clínica, se pudo identificar, y a la vez

evaluar tanto los signos y síntomas que presentaba el paciente para así de esta manera tener muy en claro la problemática en general que el paciente manifestaba de manera negativa para todo su entorno social.

Por otro lado, y no menos importante, se pudo constatar que uno de los detonantes que en este caso había generado dicho malestar era el saber que el paciente tenía una enfermedad llamada “alopecia areata”, que por el bajo nivel de conocimiento y sobre todo la debida información el paciente creía que su vida y que los días que le quedaban serían los peores.

La Psicoeducación como meta general, que se la aplicó al paciente y a los padres, se muestra como una alternativa válida para el tratamiento de personas con este tipo de trastornos, afrontando con el pasar de las sesiones de mejor manera su condición actual y futura. Se debe incluir talleres y charlas que brinden la información necesaria y sobre todo la asesoría para llevar el proceso de la terapia, y tratamiento de manera eficaz, tanto para el psicólogo tratante, como para el medio educativo y la familia.

Se recomienda al personal educativo y la familia brindar el apoyo psicológico y personal al paciente para que no se sienta solo, lo que fortalece resultados más asertivos y positivos para el mejoramiento de su calidad de vida, en lo social y educativo, que son aquellos ámbitos más afectados junto a su autoestima en general.

Los próximos investigadores establezcan estadísticas dónde se registren datos y se lleve a cabo un estudio cada vez más amplio de las diferentes influencias que genera esta patología, y por lo tanto esta permita el uso correcto de las diferentes técnicas y métodos que se incluirán en su tratamiento psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Barlow, D. H. (2018). *Manual Clínico de trastornos Psicológicos*. Mexico: Manual Moderno.
- Christopher Day, Q. G. (2016). *Educadores resilientes, escuelas resilientes*. España: Narcea.
- Coryell, W. (2016). *bloc*. Obtenido de https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028038_es
- Erazo, L. R. (2015). *Psicología Clínica de la salud. Un enfoque conductual*. Mexico: Manual moderno.
- Farrugia, G. (2019). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/about-mayo-clinic/quality/rankings>
- Meda Sandra Orasan, R. G. (2016). *Alopecia*. pakistan: Intech open .
- Nievas, M. S. (2017). *Alopecia Areata*. España: Springer.

PARTO:

LACTANCIA:

MARCHA:

LENGUAJE:

CRISIS VITALES:

CRISIS EXISTENCIALES:

8- ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)

9- ADAPATACIÓN ESCOLAR:

10- RELACIONES INTERPERSONALES:

11- ADAPTACIÓN SOCIAL:

12- JUEGOS:

13- CONDUCTA SEXUAL:

14- ACTIVIDAD ONÍRICA:

15- HECHOS TRAUMATIZANTES:

16- 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- ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

DIFERENCIAL:

ESTRUCTURAL:

28- PRONÓSTICO:

29- TERAPIA:

30- ESQUEMA TERAPÉUTICO

PSICÓLOGO TRATANTE

Anexo 2 (Ficha de Observación)

Ficha De Observación Psicológica

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Numero de sesión: _____

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

Tipo de observación: _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

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

COMENTARIO

Anexo 3 (Test Proyectivo Casa-Árbol-Persona (H-T-P))

- **Nombre original:** Test **House-Tree-Person (HTP)**
- **Autor:** John Buck.
- **Año:** 1969.
- **Tiempo de aplicación:** No determinada.
- **Tipo de aplicación:** Individual.
- **Edad:** A partir de los 5-6 años coincidiendo con la consolidación de las habilidades básicas de dibujo.
- **Descripción:** Es una prueba proyectiva de la personalidad, basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional.

Administración del reactivo.

Se le entrega al sujeto 3 hojas de papel en blanco, lápiz, goma de borrar.

Con lo cual se invita al sujeto a que efectúe el dibujo de una casa, un árbol y una persona, utilizando una hoja para cada dibujo

- Para la casa: eje paralelo al examinado
- Para el árbol y la persona: eje perpendicular

Consigna:

Se pide que *“dibuje lo mejor que pueda una casa, después un árbol y la persona”*

Se aclara que:

- Puede dibujar(los) como desee
- Puede borrar
- Puede tomarse el tiempo que necesite.
- Se aclara que el HTP, no es un test de habilidad artística, lo que interesa es **cómo hace las cosas.**
- Si intenta o pide permiso para utilizar cualquier ayuda mecánica se advierte que el dibujo debe ser manual y debe ser plasmado sin ningún tipo de influencia externa.

Anexo 4 (Inventario de depresión de Beck)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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.

Fotos



Foto 1.- Planificaciones semanales con la Coordinadora del Departamento del DECE
Psic. Educ. Rosa Mayorga



Foto 2.- Terapia de psicoeducación a compañeros del paciente



Foto 3.- Aplicación de test proyectivos