



**Wendi Joana Gómez Gordillo y  
aisha carolina Rodríguez López**

**Rodolfo Bataz morales**

**Evaluación de problemas infantiles  
y adolescentes**

**Psicopatología**

PASIÓN POR EDUCAR

**6º cuatrimestre Grupo: A**

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de julio del 2020.

## Cronograma

FECHA	REALIZACION	ENCARGADOS
06-07-20	Repartición de trabajo	Wendy Gómez Aisha López
07-07-20	Realizar los casos clínicos	Wendy Gómez Aisha López
08-07-20	Presentar las evaluaciones que se utilizaran	Wendy Gómez Aisha López
09-07-20	Juntar el trabajo	Wendy Gómez Aisha López

## Caso clínico adolescente

### Recogida de información/ ficha de identificación

NOMBRE: José Espinoza albares		EDAD: 15	SEXO: M
LUGAR DE NACIMIENTO: Comitán de Domínguez		FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/1992	
RESIDENCIA ACTUAL (DIRECCION): Comitán de Domínguez Fracc.los pinos		ESTADO CIVIL: soltero	
ESCOLARIDAD: Secundaria	OCUPACION: estudiante	RELIGION: ninguna	
TELEFONO: 963 1873657	REFERENCIA:	HORA EXPEDIENTE # 4:00 pm	
RESPONSABLE: madre del paciente		FECHA DE ELABORACION: 7/07/2020.	

## **Introducción**

Los episodios depresivos en el paciente adolescente son muy frecuentes en nuestra sociedad actual, aumentando progresivamente en los últimos años. Los últimos estudios de carácter clínico y epidemiológico confirman la existencia de mayor prevalencia de casos de adolescentes mujeres que en varones.

Para el establecimiento de su diagnóstico se utilizan los mismos criterios que en el adulto (establecidos en el DSM-V o CIE-10), pero existen diferencias en relación al trastorno, ya que, el inicio del proceso depresivo en edades infantiles o adolescentes suponen una mayor gravedad al existir mayor probabilidad de presentar la misma patología durante la vida adulta. Por otro lado, la existencia de sintomatología depresiva elevada en el adolescente está asociada al consumo de sustancias psicoactivas, aumento del fracaso escolar, alteraciones de la conducta de diversa índole, dificultad en las relaciones sociales e ideación suicida.

## **Descripción del caso**

Paciente de 15 años, natural de Oviedo, actualmente viviendo con sus padres, abuela paterna y su hermana menor de 12 años. Se encuentra cursando 3º de ESO con disminución del rendimiento escolar en los últimos 6 meses y con una dificultad notable de socialización. Es traída por el SAMU al Servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias para valoración psiquiátrica por intento autolítico al precipitarse de un muro de 2 metros de altura mientras se encontraba con su hermana en el parque cercano a casa. No antecedentes somáticos de interés. Antecedentes psiquiátricos: Estudios previos por Neuropsiquiatría por presencia de rasgos de Trastorno del Espectro Autista (TEA), sin llegar a diagnóstico clínico. Actualmente a seguimiento por Salud Mental desde el año 2018 por ánimo bajo recurrente, episodios de autolesión y alteración de la conducta en contexto de ansiedad. A tratamiento con Sertralina 50 mg.

## **Problema actual**

El paciente presenta dificultad para socializar con las personas y presenta episodios depresivos por lo cual se le mandara a hacer las pruebas necesarias para llegar a su diagnóstico.

## **Exploración y pruebas complementarias**

Exploración física: Impresionan autolesiones previas en MMSS y MMII, sin gravedad.

En relación a la caída: Glasgow 15/15. No presentó pérdida de conocimiento, no traumatismo craneoencefálico, no vómitos, no convulsiones, no otorragia ni rinorragia.

Dolor a la palpación a nivel de región media y proximal de fémur derecho. No edema ni hematoma, no deformidad. No acortamiento de miembros. Pulsos distales conservados. Pelvis estable sin dolor a la presión de espaldas ilíacas. No dolor a la palpación de otras estructuras óseas. No deformidades a otros niveles.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientada en las tres esferas y colaboradora. Abordable y tranquila durante la entrevista. Discurso coherente y fluido, así como bien dirigido, refiere que se precipitó intencionadamente “para morir porque no aguanta a tanta tristeza”.

Ánimo depresivo, con apatía y anhedonia y una marcada tendencia al aislamiento. No síntomas en la esfera psicótica presentes. No riesgo de heteroagresividad.

### **Valoración de enfermería**

Para este caso clínico se realizará una valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud Marjory Gordon.

#### Patrón I: Percepción y Control de la salud

Sin antecedentes somáticos de interés, no alergias conocidas. Completamente autónoma e independiente en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Refiere no consumir tabaco ni otros tóxicos.

Episodio depresivo actual a seguimiento por Salud Mental desde Junio de 2018, actitud apática sobre su patología, desinterés acerca de la misma. No realiza ninguna crítica de lo sucedido. A tratamiento con Sertralina 50 mg 1 comprimido a la cena.

#### Patrón II: Nutricional / metabólico

No dificultad para la masticación ni para la deglución. Independiente para las ingestas. No náuseas, ni vómitos. Piel y mucosas hidratadas.

Actualmente refiere alteración del apetito por defecto, con ingestas escasas y apenas realizando 2 comidas principales al día (comida y cena), comenta que por desgana, aunque en condiciones normales refiere comer de todo y variado.

IMC: 18,5 kg/m<sup>2</sup>, al límite entre bajo y normopeso.

Patrón III: Eliminación

Continencia urinaria y fecal. Presencia de estreñimiento ocasional desde que comenzó con pérdida del apetito, aspecto normal de heces.

Patrón IV: Actividad / Ejercicio

Actualmente solo realiza actividad física en el ámbito escolar. Ha abandonado recientemente el equipo al que pertenecía de balonmano por falta de energía y apatía. Refiere cansancio aunque no realice ninguna actividad característica más que ir al instituto.

Tensión Arterial (TA): 112/69

Frecuencia Cardíaca (FC): 81 lpm

Patrón V: Sueño / descanso

Buena higiene del sueño, comenta dormir 9 horas nocturnas y 1 hora y media como mínimo diurna. Tendencia a clinofilia.

Patrón VI: Cognitivo / perceptivo

Consciente, orientada en las tres esferas y colaboradora. Abordable y tranquila durante la entrevista. Discurso coherente y fluido, así como bien dirigido.

Patrón VII: Autopercepción / autoconcepto

Refiere autoestima baja desde hace años, coincidiendo con el inicio de la adolescencia así como sentimientos de inferioridad en comparación a sus compañeros de instituto e incluso con su hermana menor. Presencia de ideas de muerte, aunque sin estructuración.

Patrón VIII: Función y relación

Refiere buena relación con sus padres y su abuela, de la que se siente en muchas ocasiones responsable de su cuidado. Presencia de una relación más distante con su hermana, aunque con una buena dinámica familiar.

Gran dificultad de socialización, refiere ser incapaz de realizar amistades. Escasas relaciones sociales, limitadas al transcurso escolar. Reconoce ser bastante retraída.

Patrón IX: Sexualidad / reproducción

No tiene pareja actualmente. Ciclos menstruales regulares.

Patrón X: Afrontamiento / tolerancia al estrés

Comenta grandes niveles de frustración a consecuencia de cómo es su día a día y la falta de mejoría, con consiguientes momentos de estrés y ansiedad que canaliza en forma de autolesiones en MMSS y MMII de poca gravedad. Dificultad en dichos momentos para el control de impulsos.

Patrón XI: Valores y creencias

A pesar del suceso ocurrido mantiene planes de futuro activo (quiere ser transportista). No comenta ninguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviésemos en cuenta.

**Instrumento de medición: test de Beck.**

- Reactivo 1
  - A. No me siento triste
  - B. Me siento triste
  - C. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme en ello.
  - D. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
  
- Reactivo 2
  - A. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
  - B. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - C. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
  - D. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
  
- Reactivo 3

- A. No me siento fracasado.
- B. Siento que he fracasado más que la persona normal.
- C. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un monto de fracasos.
- D. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas que no pueden mejorar.

- Reactivo 4

- A. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- B. No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- C. Ya nada me satisface realmente.
- D. Todo me aburre o me desagrada.

- Reactivo 5

- A. No siento ninguna culpa particular.
- B. Me siento culpable buena parte del tiempo
- C. Me siento bastante culpable al mayor parte del tiempo.
- D. Mi siento culpable todo el tiempo.

- Reactivo 6

- A. No siento que este siendo castigado
- B. Siento que puedo estar siendo castigado.
- C. Espero ser castigado
- D. Siento que estoy siendo castigado.

- Reactivo 7

- A. No me siento decepcionado en mí mismo
- B. Estoy decepcionado conmigo
- C. Estoy harto de mí mismo
- D. Me odio a mí mismo

- Reactivo 8

- A. No me siento peor que otros
- B. Me critico por mis debilidades o errores
- C. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- D. Me culpo por todas las cosas malas que suceden

- Reactivo 9

- A. No tengo ninguna idea de matarme
- B. Tengo ideas de matarme pero no las he llevado acabo
- C. Me gustaría matarme
- D. Me mataría si tuviera la oportunidad

- Reactivo 10

- A. No lloro más de lo habitual
- B. Lloro más que antes
- C. Ahora lloro todo el tiempo
- D. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quiera.

- Reactivo 11

- A. No me irrito mas ahora que antes
- B. Me enojo o me irrito mas fácilmente ahora que antes
- C. Me siento irritado todo el tiempo
- D. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

- Reactivo 12

- A. No he perdido interés en otras personas.
- B. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- C. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- D. He perdido todo interés en los demás.

- Reactivo 13

- A. Tomo decisiones como siempre.
- B. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
- C. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- D. Ya no puedo tomar ninguna decisión.

- Reactivo 14

- A. No creo que me vea peor que antes.
- B. Me preocupa que este pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

- C. Siento que no hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver atractivo (a).
- D. Creo que me veo horrible.

- Reactivo 15

- A. Puedo trabajar tan bien como antes.
- B. Me cuenta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- C. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- D. No puedo hacer ningún trabajo.

- Reactivo 16

- A. Puedo dormir tan bien como antes.
- B. No duermo tan bien como antes.
- C. Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- D. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

- Reactivo 17

- A. No me canso más de lo habitual.
- B. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- C. Me canso al hacer cualquier cosa.
- D. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

- Reactivo 18

- A. Mi apetito no ha variado
- B. Mi apetito no es tan bueno como antes.
- C. Mi apetito es mucho peor que antes.
- D. Ya ni tengo nada de apetito

- Reactivo 19

- A. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- B. He perdido más de 2 kilos.
- C. He perdido más de 4 kilos.
- D. He perdido más de 6 kilos.

- Reactivo 20
  - A. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
  - B. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación
  - C. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es fácil pensar en otra cosa.
  - D. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
  
- Reactivo 21
  - A. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
  - B. Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
  - C. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
  - D. He perdido por completo mi interés por el sexo.

## Diagnóstico

Episodio Depresivo Mayor.

## Planificación de Atención al Paciente (PAE)

El establecimiento del PAE se realizará con la utilización de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para la determinación de los diagnósticos enfermeros, con la consiguiente definición de los objetivos a conseguir (NOC) e intervenciones a realizar (NIC).

### Diagnósticos enfermeros:

1. **Mantenimiento ineficaz de la Salud: (00099)** Incapacidad para identificar, manejar, o buscar ayuda para mantener la salud.

Relacionado con: Afrontamiento individual ineficaz, Falta de la capacidad para realizar juicios deliberados.

Manifestado por: Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios del entorno.

**NOC: Conducta de fomento de la salud (1602). Acciones para mantener o aumentar el bienestar.**

–Indicadores: Utiliza conductas efectivas de disminución del estrés; Realiza los hábitos sanitarios correctamente; Utiliza el apoyo social para fomentar la salud.

**NIC: Enseñanza: individual (5606). Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.**

–Actividades: Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente; Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades / incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente; Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.

## Caso clínico infantil

### 1. Recogida de información/ ficha de identificación

NOMBRE: María José Espinoza albares		EDAD: 27	SEXO: F
LUGAR DE NACIMIENTO: Comitán de Domínguez		FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/1992	
RESIDENCIA ACTUAL (DIRECCION): Comitán de Domínguez Fracc.los pinos		ESTADO CIVIL: soltera	
ESCOLARIDAD: universidad	OCUPACION: mesera	RELIGION: ninguna	
TELEFONO: 963 1873657	REFERENCIA:	HORA EXPEDIENTE # 4:00 pm	
RESPONSABLE: madre del paciente		FECHA DE ELABORACION: 7/07/2020.	

#### Descripción del caso

una paciente joven que sufrió abusos sexuales repetidos en su infancia y que desarrolló, a los 19 años, una esquizofrenia. El inicio de la enfermedad fue con alucinaciones auditivas sobre el abusador, sintomatología depresiva e ideación delirante de autor referencia y de control del pensamiento que obligó a un ingreso hospitalario. Durante los 7 años de curso de la enfermedad, siempre presentó alucinaciones auditivas, cenestésicas y visuales, en ocasiones relacionadas con los abusos y en otras, no. Destaca también la ausencia de síntomas negativos.

#### Problema actual

La alta prevalencia de trauma infantil en pacientes psicóticos hace pensar en que el abuso grave podría ser uno de los factores ambientales que influyen en el desarrollo de la esquizofrenia. Una de las consecuencias de este hecho es la necesidad de indagar de forma sistemática en las posibles experiencias traumáticas en la biografía de cualquier paciente que se nos presente con sintomatología psicótica.

#### Antecedentes del problema

Mujer de 27 años que, desde los 20 años, realiza seguimiento en psiquiatría en nuestro centro. De los 9 a los 13 años sufrió abusos sexuales repetidos por parte de una persona próxima al círculo familiar.

A los 19 años presentó el primer brote en forma de “explosión de voces”, relataba que “las voces hablaban entre ellas y se dirigían al pederasta”. Además, presentaba sintomatología depresiva franca, falta de motivación y aislamiento social acompañado de ideación delirante de control del pensamiento y autor referencia. Ingresó en un centro hospitalario donde inició tratamiento antipsicótico. Luego, empezó a presentar alucinaciones visuales y táctiles (“como cosquilleo”) que, en ocasiones, relacionaba con el abusador y en otras, no. Explicaba las distintas alucinaciones y percepciones delirantes de forma entrelazada (cosquillas en la rodilla, le dicen algo, un gesto de la tele...) y el discurso se desorganizaba.

### **Antecedentes familiares**

el ambiente familiar. La madre dio a luz con 15 años. El padre abandonó el domicilio familiar cuando ella tenía 1 año (posteriormente, no tuvo contacto con él). Estuvo al cuidado de su abuela durante muchos años. Durante 4 años sufrió abusos sexuales repetidos por parte de un conocido de la familia. Mantuvo en secreto estos abusos. Realizó estudios hasta primero de bachillerato y posteriormente los abandonó. A los 16 años abandonó el hogar familiar y se fue a vivir con una pareja. Por esa época comenzó a consumir alcohol, cannabis, cocaína y drogas sintéticas. A los 18 dejó a su pareja y regresó al domicilio familiar. En ese momento abandonó el consumo de tóxicos. El inicio psicótico sucedió 1 año después. Actualmente vive con su pareja que padece un trastorno bipolar y ambos acuden a dispositivos de rehabilitación comunitaria.

## **Evaluación de problema infantil.**

1. ¿tienes muchos pensamientos o recuerdos sobre el evento que no quisieras tener?
2. ¿tienes sueños malos sobre el evento?
3. ¿sientes o actúas como si el evento estuviera por ocurrir otra vez?
4. ¿tienes reacciones físicas (¿por ejemplo, te late acelerado el corazón, te duele el estómago, transpiras y sientes mareos cuando te acuerdas del evento?
5. ¿tienes problemas para dormirte o seguir durmiendo?
6. ¿tienes mal humor o te enfadas fácilmente?
7. ¿Te pones mal si algo te recuerda el evento?
8. ¿Te cuesta prestar atención?
9. ¿si algo ocurre sorpresivamente o de repente te hace saltar?
10. ¿Estas pendientes de peligros posibles que te puedan afectar o afectar a los demás?

### **Diagnostico:**

Trauma infantil y esquizofrenia traumática

### **Discusión y exploración.**

Las experiencias traumáticas en la infancia se han asociado ampliamente con enfermedades mentales en la vida adulta.

Estudios más recientes relacionan el hecho de haber sido víctima de abusos graves en la infancia con el desarrollo de psicosis.

Desde el punto de vista psicológico, se han postulado dos vías por las cuales el trauma predispone a la psicosis. La primera estaría mediada por las consecuencias negativas del trauma sobre la opinión de uno mismo y de los otros: “soy vulnerable”, “los otros son peligrosos”. La otra vía sería la asociación entre los síntomas postraumáticos de reexperimentación y las alucinaciones