



Mi Universidad



Casos clínicos

Nombre del Alumno: Jhanea Meliza Roblero Morales

Nombre del tema: Evaluación Psicológica

Parcial: 2

Nombre de la Materia: SUPERVICION DE CASOS CLINICOS

Nombre del profesor: María Del Carmen Briones Martínez

Nombre de la Licenciatura: Psicología

Cuatrimestre: 9

ENTREVISTA CLINICA
EVALUACION EN PSICOLOGIA CLINICA



psicologia

I. REPORTE DE EVALUACION PSICOLOGICA

LUGAR Y FECHA DE LA ENTREVISTA

06 de julio del 2015 ,Frontera Comalapa.

Exp.01 0.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Mariana García López

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: 24 de octubre de 1982

Edad: 43 años

Dirección: Frontera Comalapa

Estado civil: Casada

Escolaridad:

Ocupación: Ama de casa

Religión: ninguna



2. MOTIVO DE CONSULTA:

Había sido derivada al servicio de psiquiatría, desde el servicio de neurología donde había sido internada para su estudio por tercera vez en seis meses porque temía tener un tumor cerebral. Durante los últimos ocho meses había sufrido dolores de cabeza y mareos, además de sentirse cansada. Desde el principio había consultado a su médico general en reiteradas veces. Después de dos meses fue internada en una sala de neurología. Los estudios realizados, que incluían EEG y TAC, no revelaron nada anormal. La paciente sintió alivio inmediato pero no logró sentirse segura. Tenía miedo de tener una enfermedad grave, probablemente un tumor cerebral maligno.

Aún tenía dolores de cabeza, en especial en el cuello y creía que quizá los estudios no habían considerado el total de su cerebro. Por esa razón volvió a ir a su médico general quien trató de persuadirla de que no tenía nada malo. Finalmente, se dio por vencido y la derivó al departamento neurológico para otra evaluación. El neurólogo primero trató de

convencerla, pero ella presionó para que le hagan nuevos estudios y se la internó para ello. Luego el neurólogo le explicó que nada era anormal. Aceptó las explicaciones pero unos pocos días después de ser dada de alta volvió a dudar de los resultados. Volvió a sentirse preocupada con la idea previa de que posiblemente tenía un tumor maligno. No podía pensar en nada más que en sus dolores de cabeza y en sus mareos causados por el tumor maligno que le causaría la muerte irremediable. La paciente hizo planes para su funeral y los cantos religiosos que le gustaría que se canten. Convirtió la vida de su esposo y de sus hijos en una tortura, al hablar sólo de su condición. No podía hacer las tareas de la casa y pasaba en cama casi todo el día.

No le importaba casi nada su apariencia. Varias veces por semana llamaba a su médico para pedirle que la ayude prescribiéndole calmantes o si fuera posible internándola de nuevo en el departamento de neurología. Éste trató de convencerla de que viera a un psiquiatra pero casi se enfureció con esta sugerencia, diciendo que su condición no tenía nada que ver con los "nervios". Las últimas semanas anteriores a su internación, entró en un estado de depresión que iba en aumento, parecía haber perdido todas las esperanzas, y dijo que sería mejor que se suicidara para evitar los últimos dolorosos meses de su enfermedad. Tenía dificultad para dormir y no tenía apetito. Una semana antes de la internación notó que su vista se había nublado. Se sintió aterrada y creyó que su muerte era inminente. Llamó a su médico inmediatamente y lo convenció de que la internara nuevamente en la sala de neurología por tercera vez. Los exámenes, que incluyeron un estudio oftalmológico y una nueva TAC, no revelaron absolutamente nada anormal. Ella lloraba, estaba agitada y finalmente aceptó ser transferida al departamento psiquiátrico.

3. Antecedentes:

La paciente creció en una ciudad. Era la mayor de tres hermanos. Su padre trabajaba como empleado público y su madre como secretaria. Tenían un buen nivel económico y después de terminar la escuela secundaria se le ofreció concurrir a la universidad pero ella no estaba interesada. Poco tiempo después se casó con un vendedor cinco años mayor y se mudó a otra ciudad. La pareja tuvo tres hijos, vivía en una casa propia y estaban en buena situación económica. La paciente era eficiente en las tareas del hogar. Cuidaba muy bien de los hijos, realizaba tareas en la iglesia y en un club de mujeres.

Describió su matrimonio como armonioso aunque luego se reveló que su esposo había tenido un asunto con otra mujer dos veces, la última vez unos meses antes de la enfermedad de la esposa. Los dos hijos más chicos aún concurrían a la escuela secundaria y el hijo mayor había comenzado a trabajar en el banco. El padre de la paciente y dos de sus hermanos habían recibido tratamiento por trastornos afectivos con depresiones recurrentes, pero no había otro antecedente de enfermedad mental en la familia. Su salud somática siempre había sido buena. Nunca antes había sufrido dolores de cabeza u otros males.

4. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE

Al ser examinada, la paciente estaba algo contrariada. Repetía que estaba convencida de que derivarla a un servicio de psiquiatría era un error y que, con seguridad no tenía ningún desorden mental. Negó haber tenido alteraciones de la percepción, o ideas raras, pero admitió que recientemente se había sentido cansada y sin ganas de nada y dijo que había perdido todas las esperanzas debido a su tumor en el cerebro. Aparte de ello negó tener otros síntomas mentales. Estaba globalmente orientada y lúcida, sin ningún indicio de deterioro cognitivo

5. Síntomas principales:

1. Preocupación excesiva por la enfermedad: La paciente está excesivamente preocupada por la posibilidad de tener un tumor cerebral maligno. 2. Ansiedad y angustia: La paciente experimenta ansiedad y angustia excesiva por sus síntomas. 3. Depresión: La paciente ha entrado en un estado de depresión que va en aumento. 4. Pensamientos de suicidio: La paciente ha expresado pensamientos de suicidio. 5. Dificultad para dormir y pérdida de apetito: La paciente tiene dificultad para dormir y ha perdido el apetito.

6. Hallazgos psicológicos:

- Rumiación: La paciente presenta una rumiación excesiva sobre su enfermedad y su posible muerte.
- Evitación: La paciente evita realizar actividades debido a su temor a la enfermedad.
- Dependencia: La paciente depende excesivamente de su médico y busca constantemente su aprobación y apoyo.

7. Posibles diagnósticos:

- Trastorno de ansiedad por enfermedad: La paciente puede estar experimentando un trastorno de ansiedad por enfermedad, caracterizado por una preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de tener una enfermedad grave.
- Trastorno depresivo mayor: La paciente puede estar experimentando un trastorno depresivo mayor, caracterizado por una depresión persistente y una pérdida de interés en las actividades.

8. Recomendaciones:

1. Terapia cognitivo-conductual: La paciente puede beneficiarse de una terapia cognitivo conductual para abordar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales.
2. Terapia farmacológica: La paciente puede requerir una terapia farmacológica para tratar su depresión y ansiedad.

3. Apoyo emocional: La paciente puede requerir apoyo emocional y validación para ayudarla a sentirse más segura y confiada.

9. Pronóstico:

El pronóstico es reservado, ya que la paciente ha desarrollado un patrón de comportamiento disfuncional que requiere intervención terapéutica. Sin embargo, con un tratamiento adecuado, la paciente puede aprender a manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida.



psicología

I. REPORTE DE EVALUACION PSICOLOGICA

LUGAR Y FECHA DE LA ENTREVISTA

06 de julio de 2025, Frontera Comalapa, Chiapas.

EXP: 02 0.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: David Díaz Montes

Sexo: Masculino

Lugar y fecha de nacimiento: 10 de mayo del 1994, Ocosingo, Chiapas

Edad: 30 años

Dirección: Barrio san Sebastián, Avenida central

Estado civil: Divorciado

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Trabajo en un supermercado

Religión: Ninguna

Deporte: Básquetbol



2. Motivo de consulta:

El paciente fue llevado a la sala de emergencias de psiquiatría por una asistente social. La había llamado en medio de la noche para decirle que no podía más. Había llorado y hablado de suicidio. La asistente social explicó que su paciente vivía solo, que ella no se sentía capaz de ayudarlo y que su psicoterapeuta estaba de vacaciones. Aconsejó internarlo. El paciente estaba retraído y tenso y pidió disculpas por los problemas que estaba causando. Se relajó cuando se le dijo que podía permanecer en el hospital, y no tuvo objeciones cuando se le indicó la habitación que por el momento debía compartir con tres pacientes mayores.

3. Antecedentes:

Nació y creció en un pueblo de campo. A los cinco años perdió a su padre quien murió en un accidente de autos. Después de la muerte de su padre, su madre logró obtener ingresos trabajando de camarera en una confitería local. El paciente era hijo único y le había ido bien en la escuela y nunca había dado a su madre ningún tipo de problema. Ella no se volvió a casar. Eran muy unidos y él hacía todo lo posible para satisfacerla. Aún de niño, solía entender que la vida no era fácil para ella y que ella era todo lo que él tenía.] Se comportaba bien en la escuela, y siempre hacía lo que las maestras le pedían, todo el tiempo estaba dispuesto a aceptar las tareas adicionales que sus compañeros no querían realizar y aparentemente siempre estaba contento de complacer a los demás. A los 16 años quiso ser técnico en computación, pero esto significaba irse a una ciudad a más de 100 millas de su casa y a su madre no le gustó la idea.

Dejó la escuela y comenzó a trabajar en un supermercado. Trató de hacer su trabajo lo mejor posible, siempre dispuesto a reemplazar a sus colegas y nunca se quejaba de tener que realizar horas extras. Se lo consideraba un empleado confiable y varias veces se lo propuso para promoverlo para un ascenso, pero de alguna manera luego se lo dejaba de lado. Durante su adolescencia le hubiera gustado salir con amigos pero comprendía su responsabilidad de pasar casi todas las tardes con su madre. Ella se sentía orgullosa diciéndoles a sus vecinos que él era "realmente bueno". A los 20 años tuvo la primera pelea con su madre.

Ella estaba totalmente en desacuerdo con que saliera con una chica que a ella no le gustaba. Cuando su madre le dijo que tendría que irse de la casa si deseaba continuar viendo a "esa chica", entró en pánico, le rogó a su novia que tuviera paciencia y finalmente permitió que ella lo dejara por otro. Su madre aprobó a la segunda chica que él llevó a su casa y lo apuraba para que se case con ella, aunque a él personalmente no le entusiasmaba la idea. Cuando su esposa lo abandonó dos años más tarde se sintió destruido y volvió a vivir con su madre.

Ella murió poco tiempo después, de un ataque al corazón. Desde entonces, el paciente fue hospitalizado varias veces por depresión, generalmente sólo por uno o dos días. Se hacía atender por un psicoterapeuta dos veces por semana y le pedía a su asistente social que lo aconsejara acerca de las cosas más triviales, casi todos los días. No se conocían historias de trastornos mentales en la familia.

4. Datos actuales:

El paciente estaba orientado con respecto al tiempo, espacio y persona. La mañana de su internación, estaba indeciso con respecto a quedarse o irse a su casa y pidió consejo. Explicó que se había sentido con pánico la noche anterior y que había reaccionado mal pero que ahora se sentía bien de nuevo.

Dijo que su psicoterapeuta le había aconsejado que no buscara refugio en hospitales. Su asistente social por otro lado, le dijo que buscara un "tratamiento real", esta vez, y que se quedara ahora un par de semanas o aún de meses. No estaba ni deprimido ni ansioso, se lo veía cómodo durante la entrevista y hablaba en forma coherente.

Cuando se le preguntó por su actitud para con los demás, el paciente declaró que le gustaba estar con otra gente. Dijo que no le gustaba estar solo y que en realidad se sentía perdido cuando lo estaba. No tenía dificultad para relacionarse con otra gente y se sentía confortable con casi toda la gente. Aseguró que no tenía problemas con algunos colegas que eran considerados difíciles por otras personas.

A menudo se estaba deprimido, pero estos sentimientos se iban después de un par de horas, especialmente cuando podía hablar con alguien. También sentía "pánico" cuando tenía que tomar decisiones. En el curso del examen, no se hicieron evidentes síntomas de ansiedad característicos de una crisis de pánico. El examen físico no reveló anormalidades. Las pruebas de sangre, incluyendo las de función tiroidea, estaban dentro de los límites normales, tal como lo fueron otros estudios especiales como el EEG y el mapeo cerebral.

5. Evolución:

Cuando se le dijo que no había necesidad de que se quedara en el hospital pero que siempre habría alguien disponible cuando sintiera que no podía hallar soluciones sólo, aceptó irse a su casa. Durante las siguientes dos semanas, llamó dos veces para preguntar sobre cosas triviales y luego retomó sus sesiones con su psicoterapeuta.

6. Análisis del caso

El paciente presenta un patrón de comportamiento caracterizado por la dependencia emocional y la falta de autonomía. A lo largo de su vida, ha priorizado la satisfacción de las necesidades de los demás, especialmente las de su madre, sobre sus propias necesidades y deseos.

7. Factores relevantes:

Pérdida temprana: La muerte de su padre a los 5 años puede haber generado una sensación de inseguridad y dependencia emocional.

Relación con la madre: La relación estrecha y dependiente con su madre puede haber limitado su capacidad para desarrollar autonomía y tomar decisiones propias.

Dificultades en la toma de decisiones: El paciente experimenta "pánico" cuando tiene que tomar decisiones, lo que sugiere una falta de confianza en sí mismo.

Depresión y ansiedad: El paciente ha experimentado episodios de depresión y ansiedad, especialmente en situaciones de estrés o cuando se siente solo.

8. Patrones de comportamiento:

Dependencia emocional: El paciente busca constantemente la aprobación y el consejo de los demás, lo que sugiere una falta de confianza en sí mismo.

Evitación de conflictos: El paciente tiende a evitar conflictos y a priorizar la armonía en sus relaciones, lo que puede llevar a una falta de expresión de sus propias necesidades y deseos.

9. Implicaciones terapéuticas:

1. Terapia cognitivo-conductual: Una terapia que se centre en la identificación y modificación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales puede ser útil para ayudar al paciente a desarrollar mayor autonomía y confianza en sí mismo.

2. Desarrollo de habilidades sociales: El paciente puede beneficiarse de aprender habilidades sociales y de comunicación efectiva para expresar sus necesidades y deseos de manera asertiva.

3. Apoyo emocional: El paciente puede requerir apoyo emocional y validación para ayudarlo a sentirse más seguro y confiado en sí mismo.

En resumen, el paciente presenta un patrón de comportamiento caracterizado por la dependencia emocional y la falta de autonomía. Una terapia que se centre en la identificación y modificación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, así como en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación efectiva, puede ser útil para ayudar al paciente a desarrollar mayor autonomía y confianza en sí mismo.

PSIC. EN PROCESO: JHANE MELIZA ROBLERO MORALES

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VALORACION