



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

DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN
PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

TEMA:

IDEAS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL CUTTING

AUTORA:

MARIA TERESA MONTERO ALCIVAR

TUTORA:

Msc. FANNY RAQUEL LÓPEZ TOBAR

BABAHOYO

Enero – 2020



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



DEDICATORIA

Por este presente trabajo primero que nada quiero dedicarlo a Jehová Dios pues quien me da fuerzas para poder seguir adelante, por otro lado, también a mi papá quien es mi Héroe, me ha impulsado a seguir adelante y a esforzarme al máximo, él estuvo ahí enseñándome y explicándome cosas que yo no comprendía o me eran difíciles de entender cuando era niña, para mí es un ejemplo a seguir, mi motivo a superarme y llegar a ser una profesional, a mi mamá quien me dio la vida y a mis hermanos que son mi motor de vida, seguidamente a mi novio quien me ha sido muy paciente conmigo pues ha estado conmigo en todo momento y me ha ayudado a no darme por vencida, por último también dedicarlo a toda mi familia quienes me han apoyado incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Jehová primeramente por brindarme de muchas bendiciones por darme mucha fuerza para poder seguir adelante, agradezco a mi padre por darme mis estudios y a enseñarme todo acerca de la vida, también a mis amistades cercanas, quienes me han brindado su todo su apoyo y han estado a mi lado en las buenas y en las malas, y por último a mis maestros quienes me han guiado, orientado y brindándome todos los conocimientos necesarios para mi preparación.



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



RESUMEN

En este tema de estudio de caso: Ideas irracionales y su influencia en el cutting en un adolescente y se estableció como objetivo si existe una relación entre estos y a partir de esto hallar el malestar psicológico es decir cómo le afecta el estado de ánimo y conducta en su entorno.

Para la realización del diagnóstico se utilizó varios instrumentos de valoración psicodiagnóstico, historia clínica, GenoPro, Test de IDARE (Inventario de ansiedad: rasgo – estado) de Dr. R. Díaz Guerrero y Dr. C.R Spielberger, obteniendo un resultado que confirmo la presencia de un trastorno, reafirmando la variable independiente.

Las áreas afectas detectadas fueron creencias irracionales y emotivo conductual, por lo que la estrategia terapéutica que se utilizo fue la (TREC) Terapia racional emotivo conductual, dando de guía a las sesiones con una técnica Socrática de la TREC donde se reemplaza las ideas irracionales con racionales y la técnica de relajación obteniendo una mejoría en la reducción de la ansiedad.

Palabras clave: TREC, cutting, ideas irracionales



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



ABSTRACT

In this case study topic: Irrational ideas and their influence on cutting in an adolescent and it was established as a goal if there is a relationship between them and from this find the psychological discomfort is to say how it affects the mood and behavior in its environment.

For the diagnosis, several psychodiagnostic assessment instruments, clinical history, GenoPro, IDARE Test (Anxiety Inventory: trait - status) of Dr. R. Diaz Guerrero and Dr. CR Spielberger were used, obtaining a result that confirmed the presence of a disorder, reaffirming the independent variable.

The affected areas detected were irrational and emotional behavioral beliefs, so the therapeutic strategy that was used was the (TREC) Rational behavioral emotional therapy, guiding the sessions with a Socratic technique of the TREC where irrational ideas are replaced with rational and relaxation technique obtaining an improvement in anxiety reduction.

Keywords: TREC, cutting, irrational ideas.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	III
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	2
SUSTENTOS TEÓRICOS.....	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN...	10
RESULTADOS OBTENIDOS.....	12
SITUACIONES DETECTADAS.....	15
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	17
CONCLUSION.....	19
RECOMENDACIÓN.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	21
ANEXOS.....	23

INTRODUCCIÓN

El estudio de caso de modo práctico presentado, previo a la adquisición del título de Psicología Clínica, en la línea de investigación respectiva a asesoramiento psicológico, sublínea de asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional, teniendo como tema a desarrollar es ideas irracionales y su influencia en el cutting, en un adolescente atendido en el departamento de psicología de la Unidad Educativa Milenio Carlos Alberto Aguirre Avilés perteneciente a la Parroquia “La Unión”.

Se realizó una investigación en la Unidad Educativa Milenio Carlos Alberto Aguirre Avilés debido a que existe un número considerable de estudiantes que presentan autolesión que es un resultado de las ideas irracionales también conocida como creencias irracionales. Se lo puede definir a las ideas irracionales como estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de ciertas experiencias tempranas del individuo por medio de factores tanto como ambientales, culturales y biológicos. Las ideas o creencias irracionales se caracterizan por derivar de deducciones imprecisas no apoyadas en la realidad, expresarse como demandas, deberes o necesidades, conducir a emociones inadecuadas e interferir en la obtención y el logro de las metas personales. Las causas que conllevan a este se derivan por varios factores tales como, problemas de auto aceptación, problemas para congeniar con la sociedad, u euforia justificada.

En esta investigación se implementó una metodología que tiene como fin, valorar primero los niveles de ansiedad psicopatológicas y en que situaciones se presentan estos síntomas por medio de la utilización de técnicas que se empleará en este caso de estudio será por un Test psicométrico, Genograma y Entrevista Clínica por consiguiente los instrumentos que se utilizará serán el programa GENOPRO, Test IDARE del Dr. R. Díaz Guerrero y el Dr. C. D. Spielberger y se tomará como modelo la terapia racional emotivo conductual (TREC). De los resultados obtenidos del test de IDARE se obtuvo como psicodiagnóstico un hallazgo de resultado con un nivel alto de ansiedad de rasgo y de estado, por la cual se utilizó la guía del modelo de la terapia racional emotivo conductual con la técnica del debate, para que el Pi (paciente identificado) reconozca y reemplazar sus ideas irracionales, junto a la técnica de relajación, para aquello en conjunto, el Pi logre dominar la ansiedad y no sea controlado por ella.

DESARROLLO

Justificación

Es de trascendencia de realizar una investigación debido a la falta de autoaceptación que tiene un adolescente en su entorno social por motivo de ideas irracionales, donde presentan grandes dificultades en el manejo del control de la ansiedad, que trae como consecuencia la realización de una autolesión. Unos de los principales trastornos que afecta a los adolescentes en la actualidad es la ansiedad que requieren la atención del profesional en salud mental de formas más detallada ya que existe una carencia en los métodos previos utilizados en el departamento de psicología de la Unidad Educativa Milenio Carlos Alberto Aguirre Avilés – LA Unión. Por lo que se tomó como prioridad realizar este estudio para comprender más afondo que podemos hacer como profesionales de la salud mental, para encontrar una solución al problema.

Este estudio proporcionará una asesoría psicológica al adolescente con el modelo de la TREC a identificarse a sí mismo y saber entender e identificar las medidas de solución eficaces para contrarrestar o disminuir la ansiedad con la técnica de relajación, por medio de una conversación directa. Este estudio no solo beneficiara a los jóvenes sino a todas las familias que sus hijos puedan presentar el mismo problema y a todos los integrantes del área de salud tanto como en la psicología como en la medicina, para dar un mejor entendimiento y a entender el trabajo que se debe emplearse con esta población que presentan este problema. Este tema de estudio es de importancia porque en mi área de labores de prácticas pre-profesionales existe que hay un número considerable de estudiantes que presentan autolesión, por ende, no han sido tratados y analizados de la manera correcta por lo consiguiente dando a largo plazo podrían desarrollar pensamientos de suicidio

OBJETIVOS GENERAL

Analizar las ideas irracionales que influyen en el cutting del alumno de la Unidad Educativa Milenio Carlos Alberto Aguirre Avilés – LA Unión, 2019.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Ideas o creencias irracionales

Las creencias son estructuras ideológicas que se han implantado en base a todo aquello que los rodea. Camacho (2013) afirma que “las creencias son todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia” (p.5). Por ende, esto desencadena las creencias inapropiadas o irracionales que dispondrán de resistencia hasta que la persona lo asimile y se adapte a su entorno.

Mayorga (2014) manifiesta que existen dos tipos de creencias que pueden medir la magnitud de la creencia que tiene la persona que son: creencias nucleares y las periféricas (p.9).

Las creencias nucleares que todo el conjunto de ideas o pensamientos que ya no se puede modificar y sobre todo porque le dan su sentido de identidad, por lo tanto, estas se negaran a nuevas creencias. Por otro lado, las creencias periféricas, estas a diferencia de las nucleares son más fáciles de modificar porque estas creencias son más adaptables y pueden generar cambios sin resistirse (Peña, 2014).

Riso (2009), Explica que las ideas aparecen de forma instantánea, y por ende no está inmersa la reflexión previa; es decir, con frecuencia es difícil tomar conciencia de ellos: Los Pensamientos Automáticos son: a) pasajeros, b) altamente específicos y discretos, c) espontáneos, inmediatos e involuntarios, d) consistentes con el estado de ánimo afectivo de ese momento o con su personalidad, y e) una representación sesgada de la realidad, incluyendo el sí mismo. Cada Pensamiento Automático refleja, como se dijo antes, un perfil cognitivo asociado a los distintos aspectos del desorden (p.63).

Por otro lado, Coppari (como cito en Calvete y Cardeñoso, 2001) menciona que:

Los pensamientos irracionales son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de ciertas experiencias tempranas del individuo por medio de factores tanto como

ambientales, culturales y biológicos. Las creencias podrían entenderse como un conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el entorno, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos, y la forma en que interactuamos con los demás (p.2).

Se debe recalcar que es más psicológico el término racional e irracional, que filosófico y lógico. Por lo tanto, las creencias irracionales desde la Terapia Racional Emotiva Conductual tratan a creencias que no tiene fundamento lógico, sin evidencia justificables (Lynn, 2010).

Albert Ellis (1987) manifiesta que las Creencias Irracionales y las racionales se diferencian en dos características fundamentales que son: Primeramente, en que son absolutas por naturaleza y tienen una expresión en términos de (tengo que), (debo), (debería), (estoy obligado a), etc. Y, por último, en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (e.g., depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo) (pag. 17).

Mientras tanto la TREC considera que las ideas o creencias irracionales son construidas a partir de falsas necesidades, por la cual ocasiona muchos problemas emocionales y de conducta, es decir que según como piense la persona es el resultado de cómo va actuar y sentir en una situación (RUIZ, 2012).

Por consiguiente, Francesc (2017) manifiesta que en los años setenta fueron identificadas hasta doce creencias irracionales, caracterizadas por su rigidez. Estas son: Creencia irracional n.º 1: Es una necesidad para el ser humano adulto el ser amado y verse aceptado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad. Creencia irracional n.º 2: Para considerarse uno/a mismo/a valioso/a se debe ser muy competente, autosuficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles (Citado en Ellis, 1962, p.65).

Por tal mismo Montserrat (2017) manifiesta que la creencia irracional n.º 3: Cierta clase de gente es vil, malvada e infame, y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad. Creencia irracional n.º 4: Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno/a le gustaría que fuesen.

Creencia irracional n.º 5: La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones (Citado en Ellis, 1962, p.65).

Lega (2017) menciona que creencia irracional n.º 6: Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente inquieto por ello y pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra. Creencia irracional n.º 7: Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida. Creencia irracional n.º 8: Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar. Creencia irracional n.º 9: La historia pasada es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó a uno debe seguir afectándole indefinidamente (Citado en Ellis, 1962, p.66).

Por tal Lega (2017) determina que creencia irracional n.º 10: Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás. Creencia irracional n.º 11: La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que, si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe. Creencia irracional n.º 12: La idea de que se puede conseguir un máximo de felicidad través de la inercia y la inactividad, o bien divirtiéndose pasivamente y sin comprometerse (Citado en Ellis, 1962, p.66).

Por lo tanto, en toda creencia racional tiene que ser de manera lógica y funcional de lo contrario para que una creencia se vuelva irracional, tiene que estas creencias dificultar en la funcionalidad adecuado tanto conductual y afectivo del individuo (Lynn, 2010).

Las creencias irracionales pueden ser expresadas por deseos o también por preferencias lo que Antón (2010) en los denomino como creencias racionales o como una petición de obligación, de necesidad inmediata, o tipo de exigencia (Citado en Ellis, 1981, p.289).

Por otra parte aunque las creencias irracionales que para ellos mismos las consideran como racionales a diferencia a la demás gente que no lo logran ver de la misma

manera que ellos, estas creencias pueden ser en si infinitas, Ellis las agrupa en tres peticiones de carácter absoluto que por ende puede manifestar el individuo: “tengo que actuar bien y ganar la aprobación por ello”, “tú debes actuar de forma agradable y justa conmigo” y “mi vida debe ser lo suficientemente buena y fácil para conseguir lo que quiero sin demasiado esfuerzo” (Feijó, 2010).

Las personas creen que las situaciones negativas son las causantes de su malestar emocional, pero la realidad es otra; las creencias irracionales son las responsables de este malestar, conocido como ansiedad perturbadora, estas creencias irracionales son activadas por situaciones negativas

Ellis estipuló que los seres humanos somos individuos racionales e irracionales al mismo tiempo, que surgían por medio a los problemas lo que para ello, pensaba que la mejor posible solución era que cambiando estos pensamientos por unos mejores podría mejorar su estado.

Por otro lado, la ansiedad perturbadora es toda tensión emocional que tiene como lugar cuando las personas llegan a sentirse a tal punto de un estado como si su comodidad o su vida estuvieran en peligro, que deben o tienen que conseguir lo que quieren, que es horroroso o catastrófico cuando supuestamente no consiguen lo que quieren. La ansiedad perturbadora tiende a dar lugar como fobias, sentimientos perturbadores en sí mismos tales como ansiedad, depresión. (Martinez, 2010).

Seguido de la ansiedad hay otro tipo que se lo conoce como ansiedad del yo, este por su lado tiene su lugar cuando las personas sienten que su yo o valía personal está amenazada, que deben o tienen que hacer las cosas bien o ser apropiados para la gente, que es horroroso o catastrófico cuando hacen algo mal o no son apropiados para los demás como supuestamente deberían serlo. (Martinez, 2010).

Cuando se aplica ciertas terapias complementarias no pueden llegar a tener un resultado satisfactorio, como por ejemplo aplicar la relajación pensando en tal vez si tienen etapas cómodas de relajación muscular y de este modo distraerse de estos sentimientos, esta creencia en vez de disminuir tiende a aumentar, de tal forma si se aplica

terapia de distracción cognitiva esto podría reducir la ansiedad, pero no reconstruye las creencias pensamientos e irracionales.

Autolesión (Cutting)

La autolesión se define como la mutilación deliberada del cuerpo o una parte de ello, como una forma de liberar sentimientos que no pueden ser transmitidos con palabras. (Mosquera, 2009). Trujano (2017) afirma. “Las autolesiones, también llamadas automutilaciones, se han definido como conductas de carácter autodestructivo que causan daño tisular directo.

De acuerdo con Carbonero (2010) manifiesta que “la adolescencia debería ser abordada desde un enfoque multidisciplinario que tenga en cuenta los diferentes contextos históricos y culturales, todos los cambios individuales tanto a nivel psicológico como biológico, y las interacciones grupales e interpersonales” (Citado en Corral y Pardo, 2001, p.3).

Se debe realizar una mejor forma para comprender al joven en esta etapa de la adolescencia. Se debe tener en cuenta 2 perspectivas esenciales: la primera el enfoque teórico en el que afronta el desarrollo humano y el segundo en el que los jóvenes como afrontan esta etapa, para poder comprender mejor el periodo adolescente. (Miguel Á. Carbonero, 2015).

Correa (2017) manifiesta que en la adolescencia los sujetos tienden a recuperar el protagonismo que tuvieron en la infancia, un despertar con numerosas novedades y con los significantes que los nombran y tienen efectos en las elecciones que realizan, significantes que los mal-dicen (un mal decir) o los bendicen (un buen decir). En este periodo se produce una crisis en la que confluyen una serie de significaciones conscientes e inconscientes, producto de los duelos propios de este momento del desarrollo, tales como duelo por la identidad infantil, por el cuerpo cambiante, por la caída de los padres como ideal, por las emergencias sexuales, entre otros (p.95). El corte respectivo en la piel explota el sufrimiento de los sujetos, pero al contribuirle la palabra al síntoma o expresión, se podrá observar de que se trata de una defensa contra la angustia,

ansiedad y situaciones de estrés ante las dificultades propias de la vida.

El hecho de autolesionarse es un fenómeno muy popular entre los jóvenes, por ellos mismo lo denominaron como “Self Injury” y “Self-Cutting”. Este sobresale como en las manifestaciones conceptualizadas como toda conducta auto lesiva y auto agresivas, siendo este un tema muy relevante entre jóvenes con esta polémica. (Ovied, 2018).

Tradicionalmente, las conductas autolesivas han sido consideradas como síntomas de un trastorno; por lo que, en la mayoría de los estudios, se han estudiado en relación con la presencia de trastornos a las que asociarlas. De este modo, son pocos los estudios que proponen el estudio de estas conductas en relación con el entorno y medio en el que ocurren (en el medio comunitario, prisión, institución psiquiátrica, etc.). El enfoque en el estudio de la conducta autolesiva ligada a la definición de algún trastorno con las que se las relaciona ha dificultado, en nuestra opinión, la comparación y la profundización de los rasgos definitorios de estas conductas, puesto que en la mayoría de los casos se han entendido desde la perspectiva del trastorno psicopatológico y no como una entidad propia. (Roca, Guàrdia, & Jarne, 2012, pág. 116)

Hernández Jiménez (2010) manifiesta que,

Con la finalidad de evitar el dolor psíquico, los jóvenes marcan su piel por medio del dolor físico ya que el dolor físico es más fuerte que el emocional, por lo que cuando se practica el acto de autolesión, el individuo se provoca una flagelación que lo haga sentir mejor físicamente, evadiendo de esta forma el dolor emocional que siente, solo por unos minutos (Pág. 44).

Las huellas físicas del *cutting*, también llamado *self injury*, pueden hallarse en diversas partes del cuerpo: muñecas, brazos, piernas o en el vientre. Sin embargo, los jóvenes que lo practican suelen esconder las heridas con muñequeras, playeras de manga larga, suéteres o algunos otros accesorios.

Esta conducta puede convertirse en un hábito o inclusive en una práctica de moda. En Internet se pueden hallar cientos de videos vistos miles de veces o -fotografías donde se da muestra de diversas formas para autolastimarse. También existen foros en

línea donde los adolescentes comparten sus experiencias en esta práctica. (Olivares, 2013, p.2)

Las autolesiones pueden presentarse de varias maneras ya sea por quemaduras o cortes pequeños o grandes (cutting), hacerse moretones por medio de accidentes premeditado, otra forma es rascarse la piel hasta que sangra.

Las conductas autolesivas constituyen un importante problema de salud pública. Desde mediados de 1960 se ha observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan, en algunos casos, durante el padecimiento de cuadros psiquiátricos bien definidos, como por ejemplo en síndromes depresivos o trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, son muy escasos los estudios sobre conductas autolesivas en el ámbito de la pediatría y adolescencia en nuestro medio, hasta tiempo muy reciente. (Zaragozano, 2017, p.37).

Este caso de autolesión es muy notable en la mayor parte en adolescentes que provienen de familias de bajos recursos económicos, por otro lado, también se observan en familias con alteraciones en el funcionamiento familiar y en frecuentemente abuso sexual, según un estudio en México se reportó que este tiene mayor peso como causa (Ulloa, Contreras, Navarrete, Figueroa, 2013).

De acuerdo con Correa (2017) dice que el cuerpo es un cuerpo que pasea, un cuerpo estallado que nos es exterior. El cuerpo, para el psicoanálisis, en relación con lo psíquico, es el que el sujeto lleva en sus brazos. Tenemos que aceptar esta imagen. Y a este cuerpo lo perdemos y lo recuperamos (Citado en Nasio, 2004, p.96).

A este punto se puede decir que el comportamiento autolesivas es un trastorno que supera lo patológico y surgen teorías funcionales. El origen y mantenimiento de las conductas autoagresivas en la adolescencia se aborda a través del análisis funcional, en el que además de los factores personales, se tienen en cuenta variables ambientales/sociales, familiares y educacionales en particular. La complejidad de los conflictos afectivos, psicosociales y psicopatológicos que se suscitan, sobre todo en esta etapa evolutiva y en casos de abandono y maltrato familiar (Ibáñez-Aguirre, 2017, pág.

69).

En cuanto a los factores de riesgo se refiere, si bien se reconoce que pueden variar de acuerdo a su función de la vulnerabilidad de cada persona, Trujano (2017) los clasifican en. “Biológicos (relacionados con la liberación de mediadores químicos cerebrales), sociales (violencia intrafamiliar, abuso sexual infantil, pobreza) y psicológicos (baja autoestima, inmadurez emocional, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, depresión, síntomas afectivos y ansiosos)” (Citado en Bazán y Tapia 2011, p.66).

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En este caso las técnicas que se consideraron más adecuados se presentan a continuación:

Entrevista Clínica

Principalmente es donde se aplica un buen rapport para llegar al paciente a una buena comunicación, junto a la utilización de un formato de historia clínica que nos facilitó la Universidad Técnica Babahoyo de la Carrera de Psicología Clínica, por ende es una herramienta de mucha importancia para el profesional de Psicólogo clínico, pues con ella podemos obtener información detallada del paciente tales como: historia del cuadro psicopatológico actual, historia personal, exploración del estado mental, matriz del cuadro psicopatológico, los diagnósticos diferenciales y estructurales y sus respectivas recomendaciones incluyendo las posibles alternativas de intervención terapéutica.

Genograma

El Genograma es una técnica de recolección de información familiar de paciente identificado (Pi) y esos datos se lo plasma de manera gráfica, pero para mayor facilidad se utilizó el GenoPro que es una herramienta digital de uso profesional para poder

implementar con detalle los antecedentes de cada miembro y generación familiar junto con su composición y dinámica familiar, donde se detalla el tipo de familia y antecedentes psicopatológicos familiares.

Técnica Socrática de la TREC

Técnica Socrática es una técnica donde se guía al paciente a reemplazar los pensamientos irracionales por racionales con el uso de la herramienta del debate con pregunta empíricas, lógicas y prácticas; donde hace que el paciente piense en sus creencias donde halle si existe o no alguna evidencia.

Pruebas psicológicas aplicadas

Para corroborar el diagnóstico estructural de la adolescente se utilizó el siguiente inventario de ansiedad: rasgo – estado.

Test de IDARE (Inventario de ansiedad: rasgo – estado)

El test de IDARE es útil para el trabajo clínico, es un instrumento de evaluación psicométrico está constituido por dos escalas separas de autoevaluación, 1era se llama ansiedad – rasgo (A- Rasgo), 2da se llama ansiedad – estable (A - Estado). El inventario de autoevaluación está constituido por reactivos que varía por una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 tato la escala de estado y de rasgo.

En la escala de estados, hay 10 ítems positivos de ansiedad la mayor puntuación mayor ansiedad y 10 ítems negativos y en la escala de rasgo hay 13 ítems positivos y negativos. Los ítems de ansiedad estado: 3,4,6,7,9,12,13,14,1,18 que es el total de A y el total de B son: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20. Para su calificación se toma el resultado que se dio en la plantilla sacando la suma de total de A y el total de B; una vez obtenido los resultados se resta el total de $(A - B) + 50$, y ese sería el resultado en bruto de la ansiedad de Estado.

Los ítems de ansiedad-rasgo: 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40 que es el total de A y el total de B son: 21,26,27,30,33,36,39. Para su calificación se toma el

resultado que se dio en la plantilla sacando la suma de total de A y el total de B; una vez obtenido los resultados se resta el total de $(A - B) + 35$, y ese sería el resultado en bruto de la ansiedad de Estado. Para obtener un resultado de puntuación T o un rango percentil, según la puntuación obtenida de cada escala, se tendrá que buscar el cuadro 1 del manual de puntuaciones (T) y en la parte de columna de puntuaciones en bruto se debe buscar el resultado que ya se obtuvo anteriormente.

RESULTADOS OBTENIDOS

Historia clínica

. El procedimiento que se aplicó al estudio de caso fue el modelo del ABC secundario de la TRE o perturbaciones secundarias. “Alberto” (nombre protegido) por el código de ética profesional se mantiene la confidenciales del paciente identificado (Pi) es un adolescente de 16 años de sexo masculino, es alumno de la Unidad Educativa Milenio Carlos Alberto Aguirre Avilés – LA Unión

Primera sesión realizada el 07 de octubre del 2019 H.C # 7: Duración de la sesión 60minutos en horario de 10:00am – 11:00am, fue derivado por su orientadora debido a que el alumno presentaba autolesiones (cutting) en sus antebrazos, donde se recolectó información de los datos de identificación del motivo de consulta, así como de la síntesis e irrupción del cuadro psicopatológico, los antecedentes familiares, la topología. Principalmente se estableció el rapport con el Pi para después preguntarle sobre los datos de identificación, después se procedió con el motivo de consulta; se le pregunta al Pi si sabe el motivo por la cual está aquí en consulta “*lo más seguro es porque me corto en los brazos con un cuchillo*” (Alberto) mostrando las cicatrices de los cortes en sus antebrazos, de esta manera se observa la reafirmación, por lo cual fue derivado por la orientadora a consulta psicológica.

Para seguir con la sesión se le pregunta al Pi el motivo por lo cual toma esa acción, “*me corto porque a veces no me gusta estar solo y cuando veo alguna injusticia me da mucha ira, no lo soporto que me encierro en mi cuarto y me corto en los brazos*” (Alberto), por lo tanto, se le pregunto al Pi desde cuándo comenzó en autolesionarse: “*lo hago desde que los 11 años*” (Alberto), para indagar un poco, se le preguntó cuándo fue la última vez que se autolesionó: “*fue hace dos semanas un lunes en la tarde*” (Alberto).

Se prosiguió a obtener información de los antecedentes familiares, el Pi vive con sus padres, con ellos tiene una relación emocional muy cercana, sus padres que están comprometidos tienen una relación emocional funcional y con su hermana menor de siete años llevando una relación emocional de conflicto, su otra hermana de 16 años tiene una relación emocional distante, ella vive aparte teniendo una unión libre con su pareja, sus dos hermanas tienen una muy buena relación emocional con sus padres. El tipo de familia del Pi es nuclear. La topología habitacional de Pi está compuesta de divisiones 7 habitaciones, sala, cuarto de cocina, patio, los padres ocupan una habitación, El Pi tiene su propia habitación, incluso su hermana menor.

Segunda sesión realizada el 18 de noviembre del 2019 H.C # 7: Duración de la sesión 60 minutos en horario de 10:00am – 11:00am. En el comienzo de la sesión se estableció un rapport con el Pi para después hacer una retroalimentación de la primera sesión, seguido se procedió a obtener información de la historia personal del Pi, la madre tuvo complicaciones en el parto por la razón que recibió un golpe por el padre; también el Pi paso por un cambio de unidad educativa de la Barreiro a la Unión donde su adaptabilidad fue lenta; de manera aleatoria trabaja con su padre vendiendo Polaca avena; y en el aspecto social tiene dificultad relacionarse con gente nueva, en sus tiempos libre le gusta el chocolate, ver anime de gore y jugar freefire.

En la parte psicosexualidad su primera erección fue los 11 años de edad, el proyecto de vida del Pi es ser mecánico. Se le recordó al Pi la primera sesión donde se estableció el motivo de consulta. Partiendo de eso, se le explica brevemente el modelo A–B–C de la TREC, donde se le pidió al Pi que confeccione una lista de los problemas a tratar, por ende, se le preguntó, cuál de los problemas le gustaría empezar y el responde: *“en la ira y la ansiedad”* (Alberto), por consiguiente, se definió como problema: *“me siento con ira cuando veo un acto de injusticia”* (Alberto), entonces se le manifestó al Pi que hable un poco más sobre su problemática:

“Cada vez que alguien hace algo injusto me da ira, me irrito fácilmente, que me es insoportable, siento como mucha ansiedad, con coraje y es allí donde imaginado que golpeo a alguien y me corto a mí mismo” (Alberto), y le pregunto al Pi que tipo de injusticia le molesta: *“...cuando alguien habla mal de otra persona y dice cosas demás que*

no son, es algo inaceptable” (Alberto), se le pregunto al Pi que pasaría si un amigo suyo te hiciera eso: *“Sería imperdonable, yo lo odiaría por el resto de mi vida, por ser hipócrita”* (Alberto), se observó en el paciente un poco molesto por ende se le pregunto, si al hablar de esto le está generando alguna molestia: *“si un poco es que me paso algo similar”* (Alberto). Por lo tanto, se le pregunto al Pi que le gustaría conseguir: *“de poder dejar de cortarme, tener el control de mí mismo”* (Alberto).

A continuación, para poder identificar un Acontecimiento Activador (A) y una Consecuencia Emocional y Conductual (C) que más tarde servirá para identificar una Creencia Irracional (B), donde se le pidió al Pi que, de un ejemplo concreto de la última vez, que le ocurrió este problema: *“La última vez fue cuando yo estaba en recreo con mi amigo el cabezón y me dijo que este man (x) que era mi también amigo, pero ya no lo es, que ese man le conto a casi la mayoría del curso de mi secreto, ósea de que mi novia me engaño con su ex y que yo por ella me corte pero eso fue hace 3 meses que ella me hizo eso”* (Alberto). Y se le pregunto específicamente cuando ocurrió: *“Fue hace dos semanas, un lunes en la mañana”* (Alberto).

Se le procedió a preguntar al Pi cómo se sintió y cuál fue su reacción en esa situación: *“al enterarme que el abrió su bocota, me sentí decepcionado, irritado y vulnerable, pero después me dio tanta rabia, tanta ira en todo el día, que después salir de clases, llegue a mi casa, me encerré en mi cuarto y, como ya no soportaba tanto coraje me corte”* (Alberto). Según lo manifestó el Pi de cómo se sintió, se le dijo que especifique, cuál le perturba o le molesta más: *“la ira”* (Alberto) y también que mencione el Pi qué fue lo que más le afectó de la situación: *“de que contara mis secretos más íntimos sin mi permiso, lo que él hizo estuvo mal, porque confié en él al decirle algo tan delicado”* (Alberto).

Se observó que el Pi manifestó un cambio rápido de sentimiento de irritabilidad sana a un sentimiento de ira que es insana, por lo cual se le pregunto a qué se debió ese cambio drástico en sus sentimientos: *“me dio tanta ira porque me vi humillado y vulnerable, más sé que ese mal amigo lo hizo por maldad, por envidioso solo quiso resaltar ante los demás, apuesto que les decía a todos que él no es bobo que antes que le ponga los cacho y le pondría primero, ridiculizándome ante todo el curso”* (Alberto). Se le manifestó al Pi que supondremos que eso haya pasado pero que fue lo que más le afecto:

“me di cuenta que él nunca fue mi amigo porque me apuñalo por la espalda al contar mis secretos, eso es ser mal gente y esa clase de persona son insoportable en las que no se debe de confiar porque lo volverán hacer” (Alberto).

Tercera sesión realizada el 10 de enero del 2020 H.C # 7: Duración de la sesión 60minutos en horario de 10:00am – 10:30am. Se procedió a aplicar al adolescente el test de IDARE (Inventario de ansiedad: rasgo – estado), donde en el cuestionario de SXR, se le manifestó que responda de acuerdo a la forma como se siente generalmente, una vez que completo, se le procedió a entregar el cuestionario SXE, se le manifestó que responda de acuerdo a la forma como se siente en este mismo instante, donde el Pi lo contesto en el tiempo justo.

Cuarta sesión realizada el 10 de enero del 2020 H.C # 7: Duración de la sesión 60minutos en horario de 10:00am – 10:30am. Se procedió a la devolución información del paciente sobre su diagnóstico y tratamiento.

SITUACIONES DETECTADAS

Dado a la realización de las sesiones se obtuvo información, donde se encontró perturbaciones secundarias en el paciente no solo se le encontró creencias irracionales, sino que, de esas creencias, formo un nuevo acontecimiento activador A₂. Y con la aplicación del test psicométrico se encontró varias situaciones que le aquejaban al paciente identificado (Pi). A continuación, se mencionará los síntomas encontrados: El paciente experimento el suceso de la situación A: *“...ese man le contó a casi la mayoría del curso de mi secreto, ósea de que mi novia me engaño con su ex y que yo por ella me corte”* (Alberto) y después se perturbó a si mismo C: *“...me sentí decepcionado, irritado y vulnerable...”* (Alberto) por pensar en algo irracional B: *“...contara mis secretos más íntimos sin mi permiso, lo que él hizo estuvo mal, porque confié en él al decirle algo tan delicado”* (Alberto) esa fue la idea que le produjo perturbación.

Y no solo se quedó con eso, sino que después el Pi observó su reacción perturbada C para de hecho hizo una nueva A₂: *“...ese mal amigo lo hizo por maldad, por envidioso solo quiso resaltar ante los demás, apuesto que les decía a todos que él no es bobo que antes que le ponga los cacho y le pondría primero, ridiculizándome ante todo el curso”* (Alberto), donde le produjo una nueva perturbación C₂: *“me dio tanta ira...”*

(Alberto) debido a que pensó en nuevas ideas irracionales B₂: “...*él nunca fue mi amigo porque me apuñalo por la espalda al contar mis secretos, eso es ser mal gente y esa clase de persona son insoportable en las que no se debe de confiar...*” (Alberto) donde le produjo ansiedad por la sobre carga emocional que llevaba, su única escapatoria fue la autolesión (cutting).

En la función afectiva el paciente identificado (Pi) estado de ánimo presentó síntomas como la ira, tensión, ansioso, perdida de interés que antes le gustaba hacer, vulnerabilidad, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, resentimiento, cansancio o fatiga, baja tolerancia a las situaciones.

En la función conducta social-escolar signo y síntomas; el paciente identificado (Pi) presentó dificultad para acercarse a su compañero, por el motivo de la creencia irracional B₂ ya mencionada, si tiene amistades, pero ha tomado distancia de las personas que lo han lastimado; en la parte de su rendimiento académico tiene un balance de calificación promedio.

En la función somática signo y síntomas; donde el paciente identificado (Pi) presentó: sintomatología ansiosa, dolor en el pecho, con un ritmo cardiaco acelerado, sudoración en manos, ansiedad y tensión muscular acompañada por preocupación. Test de IDARE (Inventario de ansiedad: rasgo – estado), en la puntuación del resultado del test un total en bruto de la ansiedad de estado fue de 66 que equivale en puntuación T un total de 76; y en la puntuación del resultado del test un total en bruto de la ansiedad de rasgo fue de 46 que equivale en puntuación T un total de 59. Según en el manual de IDARE (Inventario de ansiedad: rasgo – estado), el promedio de desviaciones estándar y confiabilidad alfa para estudiantes de bachillerato en el A-Estado un total de puntuación T 76 su nivel es considerado como Alta; y en A-Rasgo un total de puntuación T 46 su nivel es considerado Medio.

La unificación de todos estos síntomas, se consideró que “Alberto” cumplía los criterios según el CIE10 es un tipo diagnóstico estructural **F41.1-Trastorno de ansiedad generalizada** y también en la primera sesión el paciente Pi mencionó

anteriormente en la página 15 de este libro, que el paciente se autolesionaba con un cuchillo mostrando sus brazos, por lo cual en la segunda con la aplicación del modelo de la TREC se halló 2 creencias irracionales, al detectar una ansiedad alta en la tercera sesión se dio como diagnóstico diferencial **X78**-Daño intencionalmente autoinfligido por un objeto cortante, por el motivo de la carga emocional en la que se mostró el paciente.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Una vez establecida las ideas irracionales encontrada en el paciente identificado las cuales le produjeron las perturbaciones donde se propuso implementar un proceso psicoterapéutico en el paciente identificado , desde el enfoque de la TREC (Terapia Racional Emotivo Conductual) con la técnica del debate con el paciente donde detecte las ideas irracionales subyacen a las situaciones activadoras, discriminándolas y con el reemplazo de ideas racionales con la finalidad de que el paciente logre obtener un estado funcional, donde la TREC (Terapia Racional Emotivo Conductual) ayuda al paciente a identificar estas creencias irracionales.

Se tomó de referencia de la TREC (Terapia Racional Emotivo Conductual) las Creencia irracional n.º 3 donde también se debatió con el paciente identificado al momento de etiquetar a las personas según por sus acciones si son buenas o malas. Por otra parte, al obtener el diagnóstico del Test de IDARE; (Inventario de ansiedad: rasgo – estado) de ansiedad alta se trabajó junto al paciente identificado con el objetivo de disminuir la ansiedad en cualquiera situación, teniendo el control de sus acciones, se le implemento técnicas de relajación donde le generará alcance de calma, reduciendo sus niveles de ansiedad e ira. Dadas las guías del modelo de la TREC, la técnica del debate (Socrática) y la relajación que se planteó en el paciente identificado, al final se logró que el paciente tenga el control de sus pensamientos y acciones, junto a la técnica de relajación da una disminución de la ansiedad, control de sus emociones y aceptación de la convivencia con las personas que ante le afectaba, con el resultado, que el adolescente aminoró la acción de intentar autolesionarse.

A continuación, expongo una matriz del esquema terapéutico descrito:

Esquema terapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Actividad	Técnica	Fechas	Número de Sesiones	Resultados Obtenidos
Ideas Irracionales	TREC Enseñar al paciente a identificar pensamientos racionales, así como modificarlos por pensamientos irracionales	Debate de las creencias irracionales encontradas	Socrática de la TREC (Realista lógico y práctico))	18-11-2019	1	El paciente aprendió identificar y a reemplazar los pensamientos irracionales por racionales
Ansiedad generalizada	TREC Enseñarle al paciente a tener el control de las situaciones.	Reducir los niveles de ansiedad en el paciente.	Relajación	13-01-2020	1	El paciente responde con menor ansiedad y control de sus emociones.

CONCLUSIONES

A lo largo de este proceso y realización de análisis de caso, se logró apreciar en como una situación llega ser de acontecimiento activador en el paciente identificado, donde como resultado al analizar al paciente identificado se conoció el malestar emocional la ansiedad encontrando creencias irracionales y juntos al modelo de la TREC se identificó la evolución de aquellas, perturbando al paciente identificado, trayendo consecuencias emocionales y conductual.

En la entrevista psicológica y test psicométrico que se aplicó en el paciente identificado (Pi), dando como un diagnóstico estructural **F41.1**-Trastorno de ansiedad generalizada al detectar una ansiedad alta y junto a la aplicación del modelo de la TREC se halló 2 creencias irracionales, se dio como diagnóstico diferencial **X78**-Daño intencionalmente autoinfligido por un objeto cortante, por el motivo de la carga emocional en la que se mostró el paciente

Dado el argumento que exclamó el paciente en la segunda sesión se ha identificado que creó nuevas situaciones, donde le produjeron nuevas perturbaciones, debido a las nuevas ideas irracionales, que trajo como consecuencias el escape emocional del paciente en un acto conductual de autolesionarse, por lo que las estrategias terapéuticas estuvieron direccionadas a su tratamiento.

En la estrategia psicoterapéutica la (TREC) que se empleó en el paciente identificado se logró cumplir con las metas y actividades planteadas con los objetivos asignados a cada una de ellas, gracias a la participación constante por parte del paciente identificado.

RECOMENDACIONES

Principalmente, que por la falta de disposición de la familia del paciente identificado se le recomienda a la Unidad Educativa buscar una solución, dónde se logre obtener la presencia familiar, de esta manera se pueda trabajar con el enfoque sistémico, con la finalidad de que el adolescente se recupere y, que su entorno familiar sea de apoyo para su recuperación.

También al obtener el resultado del paciente identificado **F41.1**-Trastorno de ansiedad generalizada y por las autolesiones encontradas debido a las ideas irracionales que se conoció que tuvo el paciente con el diagnóstico **X78**-Daño intencionalmente autoinfligido por un objeto cortante, por el motivo de la carga emocional en la que se mostró el paciente se le recomienda al paciente seguir con el modelo de la TREC (Terapia Racional Emocional Conductual) para la continuación de su tratamiento eficaz junto al apoyo del enfoque sistemático, logrando así un funcionamiento mental sano y una vida tranquila para el paciente.

La Unidad Educativa dé apoyo psicológico al paciente identificado para una mejora en la vitalidad escolar del adolescente, sin el descuido de sus padres e implemente más estrategias para la salud mental de adolescente.

Respetar el código de confidencialidad del paciente acerca de su argumento e problemas que lleve el paciente para una mejor expresión de sus emociones si sentirse afectado a nivel social de sus compañero o autoridades.

Se recomienda realizar un seguimiento a la paciente y que continúe asistiendo a terapias de seguimiento, para continuar disminuyendo la ansiedad, así continuará mejorando en el control de sus actos.

BIBLIOGRAFÍA

- Carbonero, M. Á.-A. (2015). Las creencias irracionales, en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*.
- Camacho, E. (2013). Diagnóstico de problemas psicológicos en el ámbito clínico: una perspectiva sistémica desde la psicología interconductua. México: ITESO
- Coppari, N. (2010). Relación entre creencias irracionales e indicadores depresivos en estudiantes Universitarios. *PsicoEureka*
- David, D., & Lynn, S. (2010). *Creencia Racional e Irracional*. New York: Oxford Press. 184.
- Flores, R. E., Hernández, C. C., & Navarrete, K. P. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 418
- Hernández, N. (2010). Reflexiones sobre Marcas en la Piel. *Psicología Iberoamericana*, 38-46.
- Ibáñez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 65-70.
- Lega, L., Calvo, M., & Sorribes, F. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual - Una versión teórico-práctica actualizada*. España: Ediciones Paid.
- Lynn, S. (2010). *Creencia Racional e Irracional*. New York: Oxford Press., 184
- Martínez, M. (2010). Aplicación de la TREC a los problemas de la ansiedad. *Analytics*, 2.
- Mayorga, C. (2014). Algunas contribuciones del feminismo a la psicología social comunidad. *Historia editorial, Athenea Digital*, 9
- Mosquera, D. (2009). *La autolesión: El lenguaje del dolor*. España: Ediciones Pleyades S.A.
- Olivares, E. (2013). Cutting, práctica usada por jóvenes para sustituir el dolor psicológico por el físico. *La Jornada*.

Ovied, C. (2018). Autolesionismo: Síndrome de Cutting. *Archivos Bolivianos de Medicina*, 51.

Peña, T. M. (2014). *Aplicación de la terapia racional emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con insuficiencia renal, atendidos en la clínica de los riñones menydia de la ciudad de Ambato*. Ambato-Ecuador: ESCUELA DE PSICOLOGÍA.

Ruiz, M. A. (2012). *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Manual De Técnicas De Intervención Cognitivo Conductual*. España.

Ruíz, P. T. (2017). “Síndrome de Cutting”: su deconstrucción a través de terapias narrativas o postmodernas. Estudio de caso. *Alternativas en Psicología*, 66

Roca, X. G. (2012). Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. *Papeles del Psicólogo*, 116-128.

Zaragozano, J. F. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza*, 37

Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *Practica de la Terapia Racional Emotiva* . New York: Desclée de Brouwer, S.A.

ANEXOS

Anexo 1: fotografías

Imagen 1

La primera sesión de tutoría. La tutora del proyecto MSC. Fanny Raquel López Tobar la autora del estudio de caso María Teresa Montero Alcívar en compañía de los demás



egresado que está a cargo la tutora.

Imagen 2

Entrevista clínica con el paciente para obtener información desde sus antecedentes hasta la actualidad.



IDARE

Inventario de Autoevaluación por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre:.....

Fecha.....

<p>Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se <i>siente ahora mismo</i>, o sea, en este <i>momento</i>. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.</p>	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento- "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre
21.Me siento bien	1	2	3	4
22.Me canso rápidamente	1	2	3	4
23.Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24.Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25.Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26.Me siento descansado	1	2	3	4
27.Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28.Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29.Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30.Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34.Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35.Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39 Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

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

7.4. 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