



**FORMATO DE
EVALUACION
TRASTORNOS
MENTALES
UNIDAD II**

**Evaluación Psicológica Clínica
Dr. Rodolfo Batas Morales**

PRESENTAN LOS ALUMNOS:

- Luis Ángel Flores Herrera**
- Jocelyn Alexia Pérez Flores**
- Eugenia Berenice López**

PASIÓN POR EDUCAR

GRUPO, CUATRIMESTRE y MODALIDAD:

6°. Cuatrimestre “A” Psicología Escolarizado

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS

19 DE JUNIO DEL 2020

UNIVERSIDAD DEL SURESTE PLANEACIÓN ACADEMICA DE FOBIAS ESPECÍFICAS

NOMBRE	N/I
APELLIDOS	N/I
NUMERO DE HERMANOS	N/I
LOCALIDAD	N/I
ETAPA EDUCATIVA	universidad
EDAD	21
LUGAR QUE OCUPA	Único

Nombres de los integrantes	Jocelyn Alexia Pérez Flores, Luis Ángel Flores Herrera, Eugenia Berenice López Pérez	
Modalidad: escolarizada	Turno: matutino	Fecha: 19/06/2020
Objetivo	Problemática	
Identificar la situación del paciente conforme la fobia específica que presenta	El paciente de 21 años presenta una fobia específica de ansiedad intensa	

Actividad
Se aplica una evaluación con las búsquedas pertinentes del problema para determinar por medio de un terapeuta una solución, o controlar la fobia específica ansiedad, evitando que se haga daño, identificando los familiares y el ambiente en el que se rodea

Cronograma de evaluación de ansiedad y fobias y evaluación de comportamientos depresivos.

Nombre de la institución: Universidad del sureste

Nombres de los integrantes: Luis Ángel Flores Herrera, Jocelyn Alexia Pérez Flores, Eugenia Berenice López Pérez.

Modalidad: Escolarizada

Turno: Matutino

Fecha y hora	Actividad	Dinámica	Responsables	Observaciones
15 de junio del 2020 9:00 – 11:00 am.	Búsqueda de información sobre los tipos de evoluciones.	Busqueda en internet en fuentes confiables sobre las evaluaciones y las envió al equipo.	Luis ángel Flores Herrera Jocelyn Alexia Pérez Flores	
15 de junio del 2020 1:00 – 2:00 pm.	Creación de la planeación.	Realizar la planeación basándose con la información proporcionada.	Jocelyn Alexia Pérez Flores	
16 de junio del 2020 9:00 – 11:00 am.	Elaboración de los formatos de evaluación.	Crear en el formato Word buscando información en internet y libros para realizarlo.	Luis Ángel Flores Herrera	
17 de junio del 2020 12:00 – 2:00 pm.	Cronograma	Se realiza el cronograma en base a la planeación y las actividades realizadas.	Eugenia Berenice López Pérez	

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: FOBIAS ESPECÍFICAS

PAUTAS DIAGNÓSTICAS DE LA FOBIA ESPECÍFICA POR EL DSM-V

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

E El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas inca-pacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

PRESENTACION DEL CASO

FE: Temor a centros hospitalarios e intervenciones medicas

En este trabajo se expone el caso de una chica de 21 años que solicitó cita y fue atendida por el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Ante el motivo de consulta refiere tener miedo a todo lo relacionado con el ámbito hospitalario y enfermedades, llegando incluso a producirle mareos, náuseas y desmayos de forma recurrente.

Consideraciones sobre los criterios

- Ritmo cardíaco
- Producción de mareos, náuseas y desmayos de forma recurrente
- Presión arterial
- Tasa respiratoria.

Objetivos de la evaluación

- A. Diagnóstico del trastorno
- B. Formulación del caso
- C. Descripción clínica general
- D. Obtención de datos a lo largo del tratamiento y en los seguimientos

Área afectiva

- El miedo se hace presente de manera inmediata, incluso con el simple hecho de saber que acudirá a un centro hospitalario se pone demasiado mal.
- Todo este desequilibrio es consecuente porque afecta todo tipo de interacción y ambiente en el que se desenvuelve el paciente
- Escala de temor: 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Área conductual

- La situación que presenta la paciente la describe de manera comportamental y acciona de manera inmediata, busca inmediatamente un lugar seguro para protegerse
- Siempre reacciona de esta manera cuando acude a centros hospitalarios
- Trata de evitar a toda costa asistir o a que se presente una situación así, siempre idealiza que se siente bien
- Escala de evitación: 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Área cognitiva

- Presenta idealizaciones antes y después de acudir a un centro hospitalario, cree que su vida siempre está en peligro y no habrá resolución médica adecuada para ella.
- Pierde la realidad consciente al concebir que al recibir atención médica y por un fallo se le provocara la muerte.
- Escala de credibilidad: 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Área somática

- Describe sus sensaciones corporales como conscientes e inmediatas ya que busca rápidamente un lugar seguro y se acomoda en posición fetal
- Describe: "Siempre he intentado evitar estas situaciones y cualquier prueba médica, pero cuando no es posible evadirlas, paso varios días muy preocupada, pensando en ello de forma constante. En las ocasiones en que logro acudir a la consulta médica suelo marearme y/o perder el conocimiento, mientras permanezco sentada en la sala de espera, otras veces durante la consulta (aunque estas en menor grado) y otras a acabarlas."

Área interpersonal

- Las personas que más causan temor dentro de este suceso son las personas que conforman el personal medico
- La última vez que acudió a un centro médico fue para realizarse un análisis de sangre (1 mes antes de acudir a consulta), y ella afirmó lo siguiente: mi reacción como la de una “niña pequeña”, ya que lloraba desconsoladamente, ponía todo tipo de excusas para no acudir a la cita, pero aun así acudí a la extracción pero en la sala de espera me mareó y me coloqué en una posición de defensa (tumbada con las piernas hacia arriba) y refiere que sintió mejoría y fue capaz de realizarse la extracción.

Entrevistas diagnósticas estructuradas:

La entrevista estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-V referente a la fobia específica

Cuestionarios y Auto informes

- Cuestionamiento general de miedo
- Algún cuestionario centrado en la fobia específica que presenta el paciente
- Cuestionario de conductas objetivo

Evaluación

Aplicado por terapeuta o paciente, auto informe.

NOMBRE	N/I
APELLIDOS	N/I
NUMERO DE HERMANOS	N/I
LOCALIDAD	N/I
ETAPA EDUCATIVA	universidad
EDAD	51
LUGAR QUE OCUPA	Único

Nombres de los integrantes		Jocelyn Alexia Pérez Flores, Luis Ángel Flores Herrera, Eugenia Berenice López Pérez	
Modalidad: escolarizada	Turno: matutino	Fecha: 19/06/2020	
Objetivo		Problemática	
Identificar la situación del paciente conforme los comportamiento depresivos que presenta		El paciente de 55 años presenta comportamientos depresivos intensos desde hace 7 años	

Actividad
Se aplica una evaluación con las búsquedas pertinentes del problema para determinar por medio de un terapeuta una solución, o controlar el comportamiento depresivo, evitando que se haga daño, identificando los familiares y el ambiente en el que se rodea

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS, TRASTORNO DE DEPRESION MAYOR

PAUTAS DIAGNÓSTICAS DE LA FOBIA ESPECÍFICA POR EL DSM-V

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

PRESENTACION DEL CASO

FE: Temor a centros hospitalarios e intervenciones medicas

Se reporta el caso de una paciente de 51 años, quien sufría de depresión documentada desde siete años atrás. Durante ese tiempo había recibido certificados de incapacidad para el trabajo por 50 días –en promedio- cada año. Al momento de iniciar la psicoterapia con su médico familiar, estaba siendo atendida por un cuarto psiquiatra quien le había prescrito mirtazapina (Remeron) y una benzodiacepina loflazepato de etilo (Victam), tenía 2 años utilizando este último. La intervención en medicina de familia se centró en tres

aspectos: 1. Reincorporar la al trabajo lo más pronto posible. 2. Retirar los fármacos depresores del SNC. 3. Introducir a un pensamiento dinámico que le facilitara comprender como las ideas pueden ser transformadas. La paciente fue tratada de Abril a Septiembre de 2003, los objetivos se lograron. Un año después, en Septiembre de 2004, la paciente se mantenía trabajando sin días de incapacidad médica durante 16 meses, habiendo recibido benzodiacepinas sólo por dos semanas. Actualmente continúa requiriendo antidepresivos.

Consideraciones sobre los criterios

- Angustia severa
- Llanto constante
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso

Objetivos de la evaluación

- A. Diagnóstico del trastorno
- B. Formulación del caso
- C. Descripción clínica general
- D. Obtención de datos a lo largo del tratamiento y en los seguimientos

Área afectiva

- La angustia y el llanto inoportuno se hace presente de manera inmediata, incluso con el simple hecho de idealizarse que es poca cosa
- Poco externalización de lo que el paciente siente
- Desvalorización del ser
- Escala de temor: 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Área conductual

- El comportamiento que presenta la persona se realiza en función del estado de animo
- Siempre suele suceder en escenarios familiares, en el ámbito social suele existir un equilibrio
- Toda acción parecer ser humillante para el paciente
- Muestra comportamientos de aislamiento y evitación social
- Escala de evitación: 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Área cognitiva

- Todo tipo de idealización cognitiva lo asocia con su forma de expresión comportamental
- Concibe ideas de desvalorización y muerte recurrente

- Supone que nadie le presta atención e importancia
- Escala de credibilidad: 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Área somática

- Describe sus sensaciones corporales como incómodas reflejando su malestar e incomodidad de no encajar
- Afirma que toda acción es consecuencia de todo acto propiciado por el paciente
- Refleja pérdida de apetito y peso corporal

Área interpersonal

- Dentro del ambiente familiar existe un desbalance, ya que siendo el primer vínculo cercano propicia el desinterés
- Ejemplifica que en escenarios sociales trata de comportarse de la manera más normal pero no soporta la presencia de otros individuos

Entrevistas diagnósticas estructuradas:

La entrevista estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-V acordado a al trastorno depresivo mayor

Cuestionarios y Auto informes

- Cuestionamiento general de ansiedad e angustia
- Algún cuestionario centrado en la desvalorización personal que presenta el paciente
- Cuestionario de conductas de aislamiento

Evaluación

Aplicado por terapeuta o paciente, auto informe.