

## “Evaluación Psicológica Clínica”

**Catedrático:**

Bataz Morales Rodolfo

**Presenta:**

Súper Nota

**Alumno:**

Yaqueline Granados Pérez

**Cuatrimestre**

Sexto Cuatrimestre

**Licenciatura**

Psicología

**Semiescolarizado**

**FECHA DE ENTREGA**

Julio 19, 2020

# Aplicaciones

## Evaluación de ansiedad Y fobias



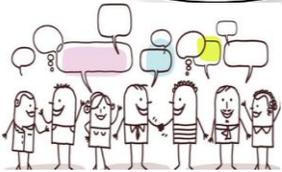
Escala de Hamilton

El problema surge cuando varios síntomas asociados con la ansiedad provocan angustia o algún daño funcional en la vida de la persona que lo sufre, ya que afecta su desenvolvimiento en diferentes áreas

No es un instrumento de diagnóstico, más bien es para valorar en qué estado de severidad de ansiedad se encuentra el paciente. Esta ficha tiene una distinción entre los signos somáticos musculares y los signos somáticos sensoriales ya que todas las personas perciben la ansiedad de una manera muy distinta; puede ser útil en niños y adultos y la pueden aplicar tanto médicos como psiquiatras

## Evaluación de habilidades sociales y de pareja

Escala de Comportamiento  
Preescolar y Jardín Infantil



Esto son habilidades que nos permite desempeñarnos de una manera benéfica y saludable tanto en nuestras relaciones, en lo profesional, laboral. Permite que manifestemos nuestras ideas, pensamientos de una buena manera respetando también la idea de los demás.

Evalúa habilidades sociales y problemas de conducta en niños de 3 a 6 años, a través del informe de padres o maestros. La escala de Habilidades Sociales (34 ítems) comprende las subescalas de Cooperación Social, Interacción Social e Independencia Social y la escala de Problemas de Conducta las subescalas de Problemas Externalizantes e Internalizantes

## Evaluación del consumo de drogas

Evaluación

Aquí se hace una evaluación conductual, la cual va dirigida a un cambio en la conducta es por esto que no finaliza sino hasta que se vean cambios. A través de esta evaluación se podrá determinar el desarrollo y mantenimiento de la adicción.



Para evaluar esto hay distintos instrumentos que podemos utilizar. Por ejemplo este; Este cuestionario permite determinar el nivel de dependencia a sustancias adictivas. Particularmente es utilizado para la evaluación del consumo de cocaína.

## Evaluación de comportamientos depresivos

La depresión es un problema de salud bastante grave especialmente cuando es de larga duración ya que causa un gran sufrimiento aparte de que altera las actividades diarias como las escolares, laborales y familiares y en el peor de los casos puede llevarte al suicidio

Escala de Goldberg

Se trata de un test que trata de diagnosticar la depresión o un trastorno de ansiedad, pero también puede distinguir entre ellos y se puede medir la intensidad de cada uno. Esta contiene dos subescalas con nueve preguntas, en la cual del 1-9 corresponde a la ansiedad y del 10-18 corresponde a la depresión. Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión



## Evaluación del comportamiento alimentario

Características

Pueden ser el resultado de una marcada desnutrición, aunque estén dentro de los márgenes de peso normal. Está constituida por distintas pruebas que exploran los hábitos alimentarios, pensamientos relacionados con ello y con el cuerpo y psicopatología asociada. Otras se centran en el estudio de la imagen corporal



Son trastornos caracterizados por un comportamiento obsesivo por el control de peso, esta incluye dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa

## Evaluación de problemas infantiles y adolescentes

Selección

La selección de tu instrumento para evaluar, depende de lo que quieras saber y de las características del paciente. Instrumento de investigación clínica y como herramienta de apoyo en contextos de salud mental a la hora de enseñar a los clínicos noveles a establecer diagnósticos precisos.

El niño y el adolescente se caracterizan por ser seres inconclusos y cambiantes, lo que ya no sucede de igual modo con el adulto. De ahí arranca la dificultad de su evaluación



## CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE HAMILTON

A continuación usted encontrara 14 ítems, considerando los últimos 30 días indica (tendiendo en cuenta la intensidad y la frecuencia) los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems, puntuando de 0 a 4. Este test de ayudara a hacer un autodiagnóstico de tu nivel de ansiedad y estrés:

	No, Nunca 0	Algunas veces 1	Bastantes veces 2	Casi siempre 3	Siempre 4
<b>Estado ansioso:</b> Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
<b>Tensión:</b> Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
<b>Temores:</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
<b>Insomnio:</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
<b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
<b>Humor depresivo:</b> Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
<b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
<b>Síntomas somáticos sensoriales:</b> Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					

## ESCALAS DE COMPORTAMIENTO PREESCOLAR Y JARDÍN INFANTIL

(Merrell, 2003; Reyna & Brussino, 2009)

Por favor, evalúe al niño en cada uno de los ítems de este cuestionario. Las puntuaciones se deben basar en las observaciones del comportamiento del niño/a durante los últimos 3 meses. Encierre con un círculo el número que refleje mejor la frecuencia con que se presenta cada una de las características en él/la niño/a según la siguiente escala:

- 0- **NUNCA**, si el niño no muestra el comportamiento o característica especificada o si no ha tenido la oportunidad de observarlo.
- 1- **RARAMENTE**, si el niño muestra el comportamiento o característica especificada, pero con escasa frecuencia.
- 2- **ALGUNAS VECES**, si el niño muestra ocasionalmente el comportamiento o característica especificada.
- 3- **FRECUENTEMENTE**, si el niño muestra muchas veces el comportamiento o característica especificada.

### ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

	NUNCA	RARA-MENTE	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Es cooperativo/a.	0	1	2	3
2. Juega con diferentes niños.	0	1	2	3
3. Intenta comprender el comportamiento de otro niño ("¿por qué llorás?").	0	1	2	3
4. Sigue las instrucciones de los adultos.	0	1	2	3
5. Hace amigos fácilmente.	0	1	2	3
6. Defiende los derechos de otros niños ("¡esto es de él!").	0	1	2	3
7. Arregla su desorden cuando se lo piden.	0	1	2	3
8. Consuela a otros niños cuando están molestos.	0	1	2	3
9. Sigue las reglas.	0	1	2	3
10. Invita a otros niños a jugar.	0	1	2	3
11. Busca consuelo de los adultos cuando se hace daño.	0	1	2	3
12. Comparte juguetes u otras pertenencias.	0	1	2	3
13. Es seguro/a en situaciones sociales.	0	1	2	3
14. Negocia con sus compañeros cuando es apropiado.	0	1	2	3
15. Intercambia juguetes u otros objetos.	0	1	2	3
16. Es sensible a los problemas de los adultos ("¿estás triste?").	0	1	2	3
17. Reacciona de forma apropiada cuando le corrigen.	0	1	2	3
18. Demuestra afecto a otros niños.	0	1	2	3
19. Es invitado/a por otros niños para jugar.	0	1	2	3

TABLA 9

Correlaciones entre las dimensiones de la escala KIDS-52 y EAT-26 según tipo de establecimiento.

	CO		DIE		BUL		RT	
	r	r <sup>2</sup>						
<b>Municipal</b>								
Bienestar físico	-.01		.00		.11		.03	
Bienestar psicológico	.01		-.12		-.01		-.07	
Estado emocional y ánimo	-.01		.15(*)	.02	.06		.11	
Autopercepción	.09		.03		.00		.06	
Autonomía	-.03		-.07		-.10		-.09	
Relación con los padres y vida familiar	.01		.01		-.07		-.01	
Recursos económicos	-.12		-.10		-.04		-.12(*)	.01
Amigos y apoyo social	-.03		-.01		.09		.00	
Entorno escolar	.11		.11		.07		.14(*)	.02
Bullying	.10		.19(**)	.03	.11		.19(**)	.03
<b>Subvencionado</b>								
Bienestar físico	.02		.07		-.00		.05	
Bienestar psicológico	-.02		.02		.09		.03	
Estado emocional y ánimo	-.03		.03		.01		.01	
Autopercepción	.04		.06		.12(*)	.01	.08	
Autonomía	.00		-.02		-.05		-.02	
Relación con los padres y vida familiar	-.06		.07		.06		.03	
Recursos económicos	.05		-.02		-.05		-.01	
Amigos y apoyo social	.04		.03		.03		.04	
Entorno escolar	.04		.06		.07		.07	
Bullying	.01		.13(*)	.02	.17(**)	.03	.13(*)	.02
<b>Particular</b>								
Bienestar físico	.11		.09		.04		.11	
Bienestar psicológico	-.04		-.10		-.06		-.09	
Estado emocional y ánimo	-.04		.05		.08		.04	
Autopercepción	.05		.13		.06		.12	
Autonomía	.01		-.03		.07		.01	
Relación con los padres y vida familiar	.15		-.07		-.05		.01	
Recursos económicos	.17(*)	.03	.02		-.02		.07	
Amigos y apoyo social	-.13		.10		.03		.02	
Entorno escolar	.28(**)	.08	.11		.01		.18(*)	.03
Bullying	-.02		.03		.11		.03	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \* La correlación es significativa al nivel 0,05; CO=Control Oral; DIE= Dieta; BUL= Bulimia; RT= Riesgo total; r= Coeficiente de correlación de Pearson; r<sup>2</sup>= Medida del tamaño del efecto.

## PHQ-9 versión para adolescentes

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia te han incomodado alguno de los siguientes síntomas durante las últimas **dos semanas**?

(Para cada síntoma marca con una "x" la respuesta que mejor describe cómo te has sentido)

	Nunca (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1. ¿Te has sentido bajoneado/a, deprimido/a, irritable o desesperanzado/a?				
2. ¿Has sentido poco interés o placer al hacer las cosas?				
3. ¿Has sentido problemas para quedarte dormido/a, permanecer dormido/a, o has estado durmiendo demasiado?				
4. ¿Te has sentido cansado/a o con poca energía?				
5. ¿Has tenido poco apetito, has bajado de peso, o has comido excesivamente?				
6. ¿Te has sentido mal respecto a ti mismo/a o has sentido que tu eres un/a fracasado/a, o que has decepcionado a tu familia o a ti mismo/a?				
7. ¿Has tenido problemas para concentrarte en actividades como trabajos escolares, leer, o ver televisión?				
8. ¿Te has movido o hablado tan lento que las otras personas podrían haberlo notado? O al contrario ¿has estado tan inquieto/a que estabas moviéndote de un lado para otro mucho más de lo usual?				
9. ¿Has pensado que sería mejor estar muerto/a o has pensado hacerte daño de alguna manera?				

a. En el **último año**, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aunque te sientas a veces bien?      Sí \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

b. Si estás experimentando alguno de los problemas de este cuestionario, ¿cuánto hacen esos problemas que se te dificulte hacer tu trabajo, tus labores en la casa, o llevarte bien con los demás?      Ninguna dificultad \_\_\_\_\_  
 Algo de dificultad \_\_\_\_\_  
 Bastante dificultad \_\_\_\_\_  
 Extrema Dificultad \_\_\_\_\_

c. Durante el **último mes** ¿has pensado en algún momento seriamente en terminar con tu vida?      Sí \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

d. **Alguna vez en tu vida**, ¿has tratado de matarte o has hecho un intento de suicidio?      Sí \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

Si has tenido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o has pensado en hacerte daño de alguna manera, por favor convérsalo con el/la profesional que está a cargo de tu caso.

## Cuadro 10

### Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase.

**PACIENTE:** Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total

