



**NOMBRE DEL ALUMNO:
GINA ALEJANDRA CONTRERAS GARCIA**

**TEMA:
ACTIVIDAD 1**

**NOMBRE DE LA MATERIA:
SUPERVISION DE CASOS CLINICOS**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
LIC. MARIA DEL CARMEN BRIONES
MARTINEZ**

**NOMBRE DE LA LICENCIATURA:
PSICOLOGÍA NOVENO CUATRIMESTRE**



INFORME PSICODIAGNOSTICO CASO 1

Nombre del paciente: David Díaz Montes

Edad: 30 años

Sexo: Masculino

Fecha del informe: Lunes, 14 de julio de 2025

Evaluador: Lic. en psicología Gina Alejandra Contreras García

Contexto: Integración diagnóstica.

• OBSEVACIONES GENERALES

- Apariencia y conducta: Presentación adecuada. Postura tensa al ingreso, se muestra retraído pero cooperativo.
- Afecto y estado de ánimo: Afecto constriñido pero congruente. Ánimo eutímico durante entrevista, aunque refiere antecedentes de tristeza y angustia pasajera.
- Lenguaje y pensamiento: Coherente, lógico, sin alteraciones del contenido ni curso del pensamiento.
- Percepción: Sin evidencias de distorsión perceptual.
- Cognición: Orientado en tiempo, espacio y persona. Nivel intelectual y memoria conservados.
- Juicio e introspección: Juicio parcialmente conservado. Introspección limitada en situaciones emocionales de estrés.
- Relaciones interpersonales: Patrón de sumisión, búsqueda constante de aprobación y temor a la soledad o el rechazo.

II. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico principal:

- Trastorno de la Personalidad por Dependencia (F60.7 / 301.6)

Criterios cumplidos según DSM-5:

- Dificultad para tomar decisiones cotidianas sin consejo y reafirmación de otros.
 - Necesidad de que otros asuman responsabilidades en áreas importantes.
 - Temor a expresar desacuerdo por miedo a perder apoyo.
 - Dificultad para iniciar tareas por falta de autoconfianza.
 - Comportamiento excesivamente complaciente para obtener cuidado y aprobación.
 - Malestar intenso al estar solo.
 - Búsqueda urgente de relación cuidadora tras una ruptura.
 - Miedo persistente a no poder cuidarse solo.
-

III. PLAN DE TRATAMIENTO

Objetivo general: Desarrollar autonomía personal, reducir comportamientos dependientes y fortalecer habilidades de afrontamiento emocional y toma de decisiones.

Intervención individual (psicoterapia):

- Enfoque: Terapia Cognitivo-Conductual con trabajo en esquemas y apego.
- Tareas clínicas específicas:
 - Reestructuración de creencias disfuncionales ("no puedo solo", "si me equivoco me abandonan").
 - Entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas.
 - Trabajo con esquema de abandono y sumisión.
 - Registro semanal de logros sin apoyo externo.
 - Técnicas de role-playing para manejo de límites y expresión asertiva.

Terapia de grupo:

- Grupos de habilidades sociales, afirmación del yo y toma de decisiones.
- Ejercicios de retroalimentación entre pares para trabajar percepción del rechazo y validación interna.

Psicoeducación:

- Información sobre dependencia emocional y relaciones funcionales.
- Apoyo para desarrollar red social horizontal (no jerárquica).
- Actividades comunitarias que promuevan participación activa y autonomía.

Intervención estructural:

- Establecer límites en el contacto con figuras institucionales.
- Evitar la hospitalización como única forma de contención emocional.
- Supervisión psiquiátrica solo en momentos de crisis real.

IV. PRONÓSTICO

Positivo:

- Alta motivación para el tratamiento.
- Red de apoyo profesional activa.
- Funcionamiento cognitivo conservado.
- Ausencia de psicopatología severa o comorbilidades graves.

Proyección esperada (1 a 2 años): Mejoría gradual en autonomía emocional, disminución de conductas de sumisión, fortalecimiento del sentido de autoeficacia y mayor estabilidad afectiva.

Negativo:

- Riesgo de recaída si se interrumpen vínculos de apoyo abruptamente.
- Persistencia de la evitación de responsabilidad personal.
- Dificultades para formar vínculos recíprocos no jerárquicos.

V. RECOMENDACIONES

1. Mantener continuidad psicoterapéutica intensiva (1-2 sesiones semanales).
2. Establecer límites terapéuticos claros en la relación con figuras de ayuda.

3. Desarrollar habilidades de vida independiente con apoyo gradual.
4. Evitar reforzar la dependencia mediante hospitalizaciones innecesarias.
5. Fomentar participación en terapia grupal y actividades comunitarias.
6. Monitorear indicadores de recaída afectiva y conductual periódicamente.
7. Trabajar en fases posteriores la figura internalizada de la madre y su influencia en su autoimagen.

VI. CONCLUSIÓN

David presenta un cuadro estructuralmente compatible con Trastorno de Personalidad por Dependencia, desarrollado en el marco de un vínculo primario excesivamente protector. Su funcionamiento global es estable, pero la independencia emocional se ve comprometida por un patrón crónico de evitación de responsabilidad y búsqueda constante de cuidado externo.

El pronóstico es favorable bajo un tratamiento clínico intensivo y sostenido. Se destaca la necesidad de una intervención psicoterapéutica centrada en el desarrollo de la identidad, la autonomía y la capacidad para afrontar las demandas de la vida sin la mediación constante de figuras protectoras.

Firma del profesional



Lic. en Psicología Gina Alejandra Contreras García

M.P. 000000

Especialista en Psicoterapia Cognitivo-Conductual

Fecha: Lunes, 14 de julio de 2025



INFORME PSICODIAGNOSTICO CASO 2

Nombre de la paciente: (Nombre reservado por confidencialidad)

Edad: 43 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Fecha del informe: Lunes, 14 de julio 2025

Evaluador: Lic. en psicología Gina Alejandra Contreras García

Contexto: Derivada desde servicio de neurología por persistencia de síntomas físicos sin hallazgos médicos.

I. OBSERVACIONES GENERALES

- Actitud: Levemente defensiva ante la derivación psiquiátrica. Se muestra contrariada pero cooperativa.
- Estado de ánimo: Ansioso y deprimido. Sensación de desesperanza.
- Afectividad: Congruente con el relato. Labilidad emocional evidente.
- Lenguaje y pensamiento: Coherente, sin alteraciones formales. Contenido dominado por ideas somáticas y anticipación catastrófica.
- Percepción: Niega alucinaciones o alteraciones perceptivas.
- Cognición: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. No se evidencian deterioros cognitivos.
- Juicio e introspección: Conservado globalmente, pero limitado en relación al origen psicológico de sus síntomas.
- Funcionamiento global: Significativamente deteriorado. Abandono de responsabilidades del hogar y retraimiento social.

II. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico principal:

- Trastorno de síntomas somáticos, con pensamientos persistentes desproporcionados sobre la gravedad del síntoma (F45.1 / 300.82)

Diagnóstico comórbido:

- Episodio depresivo mayor, leve a moderado (F32.0 / 296.21)

Criterios cumplidos según el DSM-5:

- Trastorno de síntomas somáticos: La paciente presenta síntomas físicos persistentes (cefaleas, mareos, visión borrosa) por más de seis meses, acompañados por pensamientos desproporcionados acerca de padecer una enfermedad grave. Existe malestar clínicamente significativo, incapacidad funcional y un patrón repetido de búsqueda médica sin hallazgos orgánicos.
- Episodio depresivo mayor: Se identifican síntomas de ánimo deprimido, pérdida de interés, insomnio, pérdida de apetito, fatiga e ideación de muerte, persistentes por al menos dos semanas, en el contexto de angustia emocional y deterioro funcional.

III. PLAN DE TRATAMIENTO

Objetivo general: Disminuir la preocupación somática disfuncional, restaurar el funcionamiento familiar y personal, y tratar el componente depresivo comórbido.

Intervención psicoterapéutica:

- Enfoque: Terapia Cognitivo-Conductual adaptada a cuadros somatomorfos.
- Objetivos específicos:
 - Psicoeducación sobre el trastorno de síntomas somáticos.
 - Identificación y reestructuración de pensamientos catastróficos y disfuncionales.
 - Entrenamiento en tolerancia a la incertidumbre médica.
 - Técnicas de exposición a síntomas físicos temidos.
 - Desvinculación gradual de conductas de enfermedad.

- Reconstrucción del proyecto personal y autonomía funcional.

Intervención familiar:

- Sesiones psicoeducativas con esposo e hijos, para comprender el proceso.
- Establecer límites en la sobreatención a los síntomas.
- Fomentar rutinas que refuercen la funcionalidad y autonomía.

IV. PRONÓSTICO

Positivo

- Adherencia al tratamiento psicoterapéutico, especialmente enfoques basados en la Terapia Cognitivo-Conductual para trastornos somatomorfos.
- Involucramiento familiar, especialmente del esposo y los hijos, para modificar patrones de sobreatención o refuerzo de la conducta de enfermedad.
- Reincorporación progresiva a roles funcionales previos (hogar, comunidad, iglesia) como forma de reestructurar el sentido de identidad y valor personal más allá del rol de paciente.
- Reducción del uso innecesario del sistema médico, mediante psicoeducación y trabajo terapéutico sobre la tolerancia a la incertidumbre médica.

En este escenario, es posible lograr una reducción significativa de la sintomatología somática, mejoría del estado de ánimo y recuperación funcional parcial o total en un plazo de entre 6 a 12 meses.

Negativo:

- Cronificación del cuadro.
- Dependencia al sistema médico y hospitalizaciones innecesarias.
- Posible evolución hacia un trastorno depresivo persistente.
- Mayor disfuncionalidad familiar y emocional.

En este caso, el trastorno puede evolucionar a una forma refractaria o invalidante, con impacto significativo en la calidad de vida, relaciones familiares y funcionamiento general.

V. RECOMENDACIONES

1. Iniciar psicoterapia estructurada con frecuencia semanal.
 2. Evitar derivaciones médicas innecesarias que refuercen el cuadro.
 3. Capacitación a la familia para el manejo de la conducta de enfermedad.
 4. Incluir en actividades que promuevan sentido de propósito (comunidad, iglesia, hobbies).
 5. Monitorear signos de recaída afectiva y reforzar adherencia al tratamiento.
 6. Evaluar posibilidad de sesiones de terapia de pareja en fases posteriores.
-

IX. CONCLUSIÓN

La paciente presenta un cuadro compatible con Trastorno de síntomas somáticos según criterios del DSM-5, acompañado de un episodio depresivo mayor leve a moderado. El cuadro se desarrolla en el contexto de eventos vitales estresantes, una estructura de personalidad vulnerable y antecedentes familiares afectivos. La persistencia de síntomas sin base médica y la intensa angustia asociada han comprometido su funcionalidad cotidiana, motivando derivaciones médicas repetidas y hospitalizaciones innecesarias.

El pronóstico es favorable, siempre que se establezca una alianza terapéutica sólida, se reduzca la sobreutilización del sistema médico y se aborde tanto el componente somático como el afectivo.

Firma del profesional



Lic. en Psicología Gina Alejandra Contreras García

M.P. 000000

Especialista en Psicoterapia Cognitivo-Conductual

Fecha: Lunes, 14 de julio de 2025