

Ejemplo 4: Historia clínica psicológica

Número de historia: HC-PSI-2026-00055

Fecha: 20 de enero de 2026

Psicólogo/a tratante: Lic. Sandra Orozco Méndez · Psicóloga Clínica (cédula XXXXX)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Campo	Dato
Nombre	María Fernanda Lagos Cruz
Fecha de nacimiento	14 de abril de 1997
Edad	28 años
Sexo	Femenino
C.I. / DNI	25.714.003
Ocupación	Profesora de primaria
Estado civil	Soltera
Teléfono	+52 55 6128 4409

Motivo de derivación: Derivada por médico de cabecera tras referir sintomatología ansiosa de larga evolución y dificultades para manejar el estrés laboral.

MOTIVO DE CONSULTA (en palabras de la paciente)

"Llevo meses sintiéndome muy tensa y sin poder descansar. Me preocupo demasiado por el trabajo y siento que no soy suficiente. Hay días que no puedo levantarme de la cama."

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

- Sin diagnósticos psiquiátricos previos formales
- Refiere episodio de "ansiedad intensa" durante los exámenes universitarios (2018), manejado sin atención profesional
- Sin tratamiento farmacológico psiquiátrico actual ni previo
- Sin hospitalizaciones psiquiátricas
- Niega ideación suicida o autolesiones en el pasado o actualmente

- Sin consumo de sustancias psicoactivas

Antecedentes familiares relevantes:

- Madre con diagnóstico de depresión mayor (en tratamiento)
 - Padre con consumo excesivo de alcohol (no trata)
-

HISTORIA PERSONAL Y CONTEXTUAL

Infancia y desarrollo: Paciente refiere infancia con conflictos frecuentes entre sus padres y clima emocional inestable en el hogar. Describe a su madre como "muy exigente" y a sí misma como una niña que "siempre buscaba portarse bien para que hubiera paz". Sin episodios de abuso físico ni sexual referidos.

Vida académica y laboral: Bachillerato y carrera universitaria con rendimiento alto. Actualmente trabaja como docente de primaria en un colegio público, en su tercer año de ejercicio. Refiere aumento del nivel de exigencia y conflictos con la dirección del centro en los últimos 6 meses.

Vida social y relaciones: Círculo social reducido. Refiere dificultad para pedir ayuda y tendencia a "cargarlo todo sola". Relación de pareja terminada hace 1 año, de la que refiere haberse recuperado. Sin relaciones significativas actuales.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Área	Hallazgos
Apariencia y conducta	Aspecto cuidado, correctamente vestida. Buena colaboración. Contacto visual variable
Estado de ánimo	Disfórico. Tristeza presente, sin llegar a estado depresivo mayor. Ansiedad moderada
Pensamiento	Curso normal. Presencia de pensamientos rumiativos y catastrofistas relacionados con el trabajo y el rendimiento personal
Percepción	Sin alteraciones perceptivas
Memoria y cognición	Quejas subjetivas de dificultad de concentración. Sin déficits objetivables
Sueño	Insomnio de conciliación (tarda más de 1 hora en dormirse). Despertares nocturnos frecuentes
Apetito	Disminuido. Refiere pérdida de 3 kg en los últimos 2 meses
Ideación suicida	Niega. No hay señales de alerta

Nivel de funcionamiento Deterioro moderado en área laboral y social

Escalas de evaluación aplicadas:

- GAD-7 (Escala de Ansiedad Generalizada): 14 puntos → Ansiedad moderada
 - PHQ-9 (Cuestionario de Salud del Paciente): 11 puntos → Depresión moderada
 - Escala de Autoestima de Rosenberg: 17/40 → Autoestima baja
-

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico principal: **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)** (CIE-10: F41.1)
 - Diagnóstico secundario: **Episodio depresivo moderado** (CIE-10: F32.1)
 - Factores contribuyentes: Estilo de crianza con alta exigencia, exposición a conflicto parental crónico, estrés laboral crónico, baja autoestima
-

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Modalidad: Psicoterapia individual, frecuencia semanal (sesiones de 50 minutos)

Enfoque terapéutico: Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) combinada con elementos de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Objetivos terapéuticos:

1. Reducir la sintomatología ansiosa y depresiva
2. Identificar y reestructurar los pensamientos automáticos negativos y patrones cognitivos disfuncionales (perfeccionismo, catastrofización)
3. Desarrollar estrategias de regulación emocional y manejo del estrés
4. Mejorar la calidad del sueño mediante higiene del sueño y técnicas de relajación
5. Fortalecer la autoestima y la asertividad

Plan de trabajo por fases:

- Sesiones 1–4: Psicoeducación sobre ansiedad y depresión. Técnicas de relajación y respiración diafragmática. Registro de pensamientos
- Sesiones 5–10: Reestructuración cognitiva. Identificación de esquemas de exigencia y perfeccionismo. Activación conductual
- Sesiones 11–16: Trabajo en autoestima y asertividad. Técnicas de ACT para la aceptación. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral
- Sesiones 17–20: Prevención de recaídas. Consolidación de logros. Plan de alta

Derivación: Se recomienda valoración psiquiátrica si en las primeras 4 semanas no se observa mejoría clínica, para considerar apoyo farmacológico.