



SECCIÓN PSICOANALÍTICA

CÓDIGO PACIENTE: (Primer dígito para el investigador y los 3 dígitos siguientes se asignaran de forma correlativa, 001, 002, 003...)	1 _ _ _
Toda la información aquí recogida será anonimizada tanto para el terapeuta como para el paciente. El análisis de los datos se hará de forma agregada.	
FECHA (DD/MM/AAAA): _ _ / _ _ / _ _ _ _	

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS BASALES (la 1ª vez que vemos al paciente)			
Sexo	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Edad:	Profesión (especificar): <input type="checkbox"/> Desempleado
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> en Pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Estudios/Nivel formativo: (señalar el máximo nivel formativo alcanzado, aunque sea de forma incompleta)	<input type="checkbox"/> Analfabetismo	<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/> FP I
	<input type="checkbox"/> Primaria en curso	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> FP II
	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Universitaria en curso	<input type="checkbox"/> Postgrado
	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Universitaria incompleta	<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _ _ _ _
	<input type="checkbox"/> Secundaria en curso	<input type="checkbox"/> Universitaria	
Orientación Sexual:	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Otro
Nivel Socioeconómico:	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto
Integrantes de la Familia Actual:	<input type="checkbox"/> Vive sólo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familia de origen <input type="checkbox"/> Hijos (especificar numero): _ _ <input type="checkbox"/> Otros familiares (especificar) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Integrantes Familia de Origen:	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos (especificar número y orden del paciente): _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Otros familiares (especificar) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
VARIABLES DE LA TERAPIA			
Motivos de la Consulta. Seleccionar uno Principal (P) y uno Secundario (S) en caso de ser necesario.			
Sensación de malestar y/o insatisfacción <input type="checkbox"/>	Duelo <input type="checkbox"/>	Problemas de comportamiento o adaptación <input type="checkbox"/>	
Cansancio o tristeza prolongados <input type="checkbox"/>	Pautas de alimentación inadecuadas <input type="checkbox"/>	Malestar en relación con su imagen física (especificar) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/>	
Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/>	Insatisfacción sexual <input type="checkbox"/>	Necesidad de estimulantes o tranquilizantes <input type="checkbox"/>	
Dificultad en las relaciones personales <input type="checkbox"/>	Sentimientos de soledad <input type="checkbox"/>	Conflictos de pareja <input type="checkbox"/>	
Incomunicación o violencia familiar <input type="checkbox"/>	Fracaso escolar <input type="checkbox"/>	Enfermedades físicas, somatización <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (especificar) _ _ _ _ _
Miedos/fobias (especificar) _ _ _ _ <input type="checkbox"/>	Consumo de sustancias de abuso (alcohol u otras) <input type="checkbox"/>	Otro (especificar) _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/>	

Datos de la Terapia:

Año del inicio de la terapia: _____			
Año de finalización de la terapia: _____	(Señalar esta casilla si el paciente sigue en terapia) <input type="checkbox"/>		
Motivo de la finalización de la terapia:	Alta Consensuada <input type="checkbox"/>	Interrupción del tratamiento <input type="checkbox"/>	
Tipo de terapia que inicia:	Individual <input type="checkbox"/>	Pareja <input type="checkbox"/>	Grupo <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ <input type="checkbox"/>
Tratamientos previos:	Desconocido <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> (especificar): _____

DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO PRINCIPAL (PSICOPATOLOGÍA PSICODINÁMICA)

Neurosis:		
De Ansiedad <input type="checkbox"/>	Obsesiva <input type="checkbox"/>	Neurosis Depresiva (distímica) <input type="checkbox"/>
Histórica: • de Conversión <input type="checkbox"/>	Histórica: • de Disociación <input type="checkbox"/>	

Trastornos de la Personalidad:

Histriónica <input type="checkbox"/>	Obsesivo-compulsiva (TOC) <input type="checkbox"/>
Esquizoide <input type="checkbox"/>	Ciclotímica <input type="checkbox"/>
Trastorno límite de la Personalidad (Borderline) <input type="checkbox"/>	Paranoide <input type="checkbox"/>
Dependiente <input type="checkbox"/>	Psicopáticas <input type="checkbox"/>
Organización narcisista de la personalidad <input type="checkbox"/>	Otras (especificar): <input type="checkbox"/>

Psicosis:

Esquizofrénica:			
• Paranoide <input type="checkbox"/>	Paranoica <input type="checkbox"/>	Maniaco-depresiva <input type="checkbox"/>	Espectro autista <input type="checkbox"/>
• Hebefrénica <input type="checkbox"/>			
• Catatónica <input type="checkbox"/>			
• Simple <input type="checkbox"/>			

VARIABLES DEL TERAPEUTA*

Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Años de ejercicio profesional _____
Formación universitaria	Especialidad (señale su principal actividad):	
• Psicología <input type="checkbox"/>	• Niños <input type="checkbox"/>	
• Medicina <input type="checkbox"/>	• Adolescentes <input type="checkbox"/>	
• Otra (especificar) _____	• Adultos <input type="checkbox"/>	
	• Parejas <input type="checkbox"/>	
	• Otros (especificar) _____	

* Si un terapeuta va a recoger datos de varios pacientes, solo rellenará este apartado una vez.