



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN ESCRITA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

Distorsiones Cognitivas en una profesora de la escuela de educación básica
“La Inmaculada” ante el inicio de las actividades escolares no presenciales a
causa de la pandemia COVID-19

AUTOR:

Imaya Maite De Lucca Campelo

TUTOR:

Msc. Andrés Fernando Arreaga Quinde

BABAHOYO – 2020

RESUMEN

El presente estudio de caso con el tema Distorsiones cognitivas en una profesora de la escuela de educación básica “La inmaculada” ante el inicio de las actividades escolares no presenciales a causa de la pandemia COVID-19, se presentan problemas que causan malestar en su entorno laboral y familiar, la paciente manifiesta un grupo de síntomas como resultados de los pensamientos distorsionados que se generan ante la sensación de inquietud y pesadumbre que experimenta ante cualquier acontecimiento que lo considera de forma negativa, por lo que se plantea como objetivo establecer cómo las distorsiones cognitivas afectan en la docencia y en las relaciones intrapersonales, utilizando herramientas psicológicas como la historia clínica, cuestionario, Inventario de pensamientos automáticos de Ruíz y Lujan, Inventario de ansiedad de Beck (BAI), bajo los criterios que indican en el DSM- 5 y CIE-10 el diagnóstico de esta paciente es trastorno de ansiedad generalizada, es así como se pudo realizar un esquema del proceso psicoterapéutico basado en la Terapia cognitivo-conductual que a través de la terapia de resolución de problemas se modificaran los pensamientos que causan ansiedad y que conllevan al malestar psíquico generando afectación en el ámbito personal, familiar y laboral.

Palabras claves. - Distorsiones cognitivas, Actividades escolares no presenciales, Proceso psicoterapéutico, Cognitivo-Conductual.

SUMMARY

In this case study with the topic Cognitive distortions in a teacher of the elementary school "La immaculada" before the start of non-contact school activities due to the COVID-19 pandemic, there are problems that cause discomfort in her work and family environment, the patient manifests a group of symptoms as results of the distorted thoughts that are generated by the feeling of restlessness and grief that she experiences before any event that considers it in a negative way, so the objective is to establish how the Cognitive distortions affect teaching and intrapersonal relationships, using psychological tools such as medical history, questionnaire, Ruíz and Lujan's Automatic Thought Inventory, Beck's Anxiety Inventory (BAI), under the criteria indicated in the DSM-5 and ICD-10 the diagnosis of this patient is generalized anxiety disorder, this is how it could be realized a scheme of the psychotherapeutic process based on cognitive-behavioral therapy that through problem-solving therapy will modify the thoughts that cause anxiety and that lead to mental discomfort generating affectation in the personal, family and work environment.

Keywords. - Cognitive distortions, Non-contact school activities, Psychotherapeutic process, Cognitive-Behavioral.

ÍNDICE

RESUMEN	ii
SUMMARY	iii
ÍNDICE.....	iv
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL.....	3
SUSTENTO TEÓRICO	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	11
RESULTADOS OBTENIDOS	12
SITUACIONES DETECTADAS.....	15
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	17
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS	23

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso está enfocado a tratar el tema distorsiones cognitivas en una profesora de la escuela de educación básica “La inmaculada” ante el inicio de las actividades escolares no presenciales a causa de la pandemia COVID-19. Además, se encuentra enmarcado en la sublínea de investigación malestar docente que concierne a la línea de investigación Asesoramiento Psicológico.

Es una realidad los acontecimientos fatídicos que se viven a causa de la pandemia del COVID-19 ha llevado a los individuos afrontar situaciones que modificaron su cotidianidad desde experimentar una cuarentena hasta las reformas que surgieron en diferentes escenarios pasando a entornos virtuales y no presenciales en instituciones tanto privadas como públicas entre ellas el sistema de educación básica, media y superior. Se procederá a inquirir en cómo los pensamientos automáticos influyen en una profesora a causa del inicio de actividades escolares no presenciales, y poder evidenciar todo lo que acarrea y que genera afectaciones en su diario vivir.

Es importante identificar las distorsiones cognitivas concurrentes en la paciente y así poder mejorar su salud emocional y mental. Para el desarrollo del estudio de caso se aplicó instrumentos psicológicos para el acopio de información, la entrevista clínica que permite adquirir datos valederos y relativos, dentro del proceso se obtuvo información relevante de la anamnesis de la paciente, además se realizó la toma de test psicológicos y la aplicación de técnicas cognitivas; todo el proceso se llevó acabo con el propósito de compilar la información idónea para poder dar sustento a la problemática estudiada y reforzarla con aportes teórico y científico.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El problema planteado me resulta de suma importancia ya que se podrá evidenciar como las distorsiones cognitivas repercuten en la docente, debido a que esta situación causa inestabilidad y situaciones en las que se siente en peligro y que amenazan su integridad. Ante los expuestos interesa poder ser de ayuda para esta profesora de educación básica de la escuela “La Inmaculada” donde ella es la persona beneficiada directamente de este estudio de caso.

La presente investigación es trascendente en la actualidad ya que existen muchos docentes que atraviesan por esta situación de malestar y que para ellos es un verdadero desafío, este estudio de caso será un precedente de que existe incomodidad en las instituciones educativas, debido a esto se debe brindar ayuda psicológica a cada uno de los docentes que presentan distorsiones cognitivas las cuales afectan en su vida y en su desenvolviendo laboral.

El presente estudio de caso es factible debido a que se cuenta con la disponibilidad y cooperación de la profesora así mismo el sustento por parte de las autoridades facilitadoras de la academia e investigación del centro de estudio donde llevo a cabo mis estudios.

OBJETIVO GENERAL

Establecer como las distorsiones cognitivas afectan a una profesora de la escuela de educación básica “la inmaculada” ante el inicio de las actividades escolares no presenciales a causa de la pandemia COVID-19, para diseñar un esquema terapéutico y mejorar su salud psicológica.

SUSTENTO TEÓRICO

A la hora de definir el proceso por el cual las personas originan y atribuyen significados, la terapia racional cognitiva acude al concepto de esquema que han sido especificados como distorsiones cognitivas. Estos esquemas serían estructuras de procesamiento de la información que participan en la procreación de significados, lo que permite poder construir de esta manera una visión estable de sí mismo y del mundo.

Los esquemas poseen la característica que establecen las bases sobre las cuales el individuo tiende a discernirse a sí mismo y el mundo. Rodríguez Biglieri (2011) refiere en tanto que interactuamos con el medio ambiente se origina la activación de los esquemas cognitivos, la información obtenida será interpretada sobre la base de las normas impuestas sobre las creencias, dando lugar a un resultado o producto de dicho procesamiento. A este se lo designa como pensamiento automático y personifica la lectura singular de los hechos.

Mckay, 1981(como se citó en Fuez, 2016) considera que los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la convergencia entre la valoración de los sucesos y los supuestos personales. La peculiaridad de los pensamientos automáticos es:

- 1.- Que son mensajes característicos, a menudo son rápidos y concisos
- 2.- Son creíbles a pesar de ser irracionales y no poseer sustento fiable
- 3.- Se experimentan como espontáneos o involuntarios
- 4.- Se inclinan a dramatizar en sus contenidos de experiencia
- 5.- Se produce una determinada percepción de los eventos así tenemos:

- a.- Las personas ansiosas que se preocupan anticipadamente de peligros
- b.- Las personas deprimidas que se obsesionan con sus pérdidas
- c. - Las personas que se irritan se centran en la injusta conducta de otros

Las distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son desatinos del procesamiento de información que son la manera errónea de pensar y que aparecen en forma de pensamientos automáticos ante determinadas situaciones que desembocan estados emocionales negativos y comportamientos inadecuados.

Para Barceló (2005) las distorsiones cognitivas son pensamientos o creencias irracionales que generan alteraciones negativas de la realidad. Las distorsiones funcionan como hábitos de pensamientos de modo automático y nos dan una visión negativa e ilógica de la realidad. El esquema racional de las distorsiones son falsos argumentos en los que se relaciona causa-efecto y que no tienen ningún fundamento porque son imprecisas, exageradas, sin ninguna conexión y alejadas de la realidad.

Por otro lado, las distorsiones cognitivas expresadas por los conocidos pensamientos automáticos son esquemas errados de descifrar los hechos que generan diversas consecuencias negativas: alteraciones emocionales como resultado de lo perjudicial de las creencias en los pensamientos negativos, antagonismo en las relaciones con los demás donde es posible que el entendimiento erróneo genere conflicto (Fuerez, 2016). Los pensamientos automáticos negativos son producto de pensamientos ocasionados por distorsiones cognitivas que por lo general se encuentran implicados en la aparición y mantenimiento de una gran diversidad de comportamientos y emociones disfuncionales.

El modelo cognitivo insinúa que las emociones engorrosas suelen estar añadidas con los sesgos o distorsiones del pensamiento que están asociados con sentimientos negativos o conductas disfuncionales que son creíbles para el sujeto como, por ejemplo: “Soy incapaz”, “Todo me sale mal”, “Nunca seré feliz”, “Soy una inútil”. Estos pensamientos suelen surgir ante cualquier situación que se nos presente en la

vida y que pueden ser verdaderos o falsos, o tener cierto grado de autenticidad un mismo pensamiento puede abarcar más de una distorsión, por ejemplo, “Soy una inútil, por eso perderé mi trabajo”.

Cuando los pensamientos están dominados por ideas negativas no existe lógica entre las situaciones reales y las interpretaciones negativas lo que produce distorsiones de la realidad Beck (1967) les llama errores en el procesamiento de la información a las creencias que el paciente da validez desde sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia opuesta a lo que le llamamos distorsiones cognitivas. A continuación, el listado de los errores en el procesamiento de la información:

1. Inferencia arbitraria: Se refiere cuando se da una determinada conclusión en ausencia de evidencias que la sustente o también sucede cuando la evidencia es contradictoria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva: Consiste en poner atención a un detalle extraído de su contexto pasando por desapercibido otras características más relevantes de la situación.
3. Generalización excesiva: Se refiere cuando se elabora una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y esa misma percepción sobre alguna situación las asocia a una realidad inconexa.
4. Maximización y minimización. - Estas quedan plasmadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
5. Personalización. - Se refiere a la facilidad que posee un sujeto para atribuirse a sí mismos fenómenos externos cuando en realidad no existen un sustento firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico: Es notorio en la tendencia a clasificar todas las experiencias vividas según una o dos categorías opuestas.

Las interpretaciones negativas que produce distorsiones de la realidad para el autor Leahy (2018) son interpretaciones de los pensamientos automáticos que generan

distorsiones cognitivas. El autor propone un listado de distorsiones cognitivas las cuales son:

1. Lectura del pensamiento: Se refiere cuando la persona supone saber lo que la gente piensa sin tener prueba suficiente sobre ello.
2. Adivinación del Futuro: Es cuando la persona dice predecir el futuro y hasta emite afirmaciones sobre que las cosas van a empeorar o que existe algún peligro.
3. Pensamientos catastróficos: Es cuando la persona está convencida que lo que ha sucedido o lo que puede llegar a ocurrir será tan horrible que no logrará soportarlo.
4. Etiquetado: Se refiere asignar atributos negativos a los otros y a sí mismo.
5. Descartar lo positivo: Es cuando afirma que sus logros positivos o los de los demás no tienen importancia alguna o no es de interés.
6. Filtro negativo: Es cuando siempre se centra en lo negativo y prácticamente no reconoce nada positivo.
7. Sobregeneralización: Solo percibe un modelo negativo generalizado basado en un solo incidente.
8. “Deberías”: Es cuando la persona interpreta acontecimientos en términos de cómo las cosas deberían ser en vez de simplemente centrarse en la realidad es decir en lo que verdaderamente son.
9. Atribución de culpabilidad: Se refiere al culpar al otro de ser el origen de sus sentimientos negativos y se niega a querer cambiar por sí mismo.
10. Comparación injusta: es cuando se interpreta los eventos en modelos poco realistas, fijándose principalmente, en que otros lo hacen mejor que él y considerándose inferior a otros.
11. Orientación hacia el remordimiento: Es cuando la persona se centra en la idea de que podría haber obtenido logros mejores en el pasado y no se centra en su buen rendimiento actual es decir en el aquí y ahora.
12. ¿Y qué sí?: Es cuando la persona se vive cuestionando y se plantea una serie de preguntas y nunca se siente satisfecho.

13. Razonamiento emocional: Se refiere cuando la persona permite que sus sentimientos guíen su entendimiento de la realidad.
14. Inhabilidad para confirmar: Es cuando la persona se niega o simplemente rechaza cualquier evidencia o argumento que pueda refutar sus pensamientos negativos.
15. Foco en opiniones propias y ajenas: Se refiere a emitir juicios en término medio es decir se evalúa a sí mismo, a los otros y a los eventos en desde dos perspectivas blanco o negro sin aceptar o comprender otras variaciones.

La distorsión de los pensamientos automáticos desde el modelo cognitivo

Cabe referir que lo cognitivo hace énfasis en la importancia de analizar la construcción que hace el paciente sobre la realidad en la oposición a los hechos reales a medida que van apareciendo. Es así como la terapia cognitiva intenta descubrir a través de preguntas lo que el paciente cree que es real, y los patrones de pensamiento habituales que se subyacen a su trastorno.

El modelo cognitivo original ha sido ampliado desde que fuera formulado por Ellis y Beck. Los primeros modelos cognitivos hacían hincapié en el contenido específico del pensamiento, como por ejemplo las categorías típicas de distorsión de los pensamientos automáticos, las suposiciones subyacentes o los esquemas o creencias centrales. Este modelo enfatiza la necesidad de determinar el rol que cumplen estos esquemas en la atención y memoria emocionales, y en la persistencia de creencias problemáticas (Leahy, 2018, pág. 19)

La terapia para Leahy (2018) busca estimular una principal concienciación de los pensamientos que pueden estar generando negatividad, e introducir dudas fundamentales sobre lo indudable de esta forma de pensar. El terapeuta alienta la incredulidad respecto a cualquier pensamiento que descalifique al paciente e insta a que como todos los pensamientos tienen efectos, deberían ser evaluados para confirmar si son prácticos o si se ajustan a los hechos. Es decir, este enfoque se centra en un acercamiento empírico a la realidad.

Malestar en docentes ante el inicio de las actividades escolares no presenciales

En la actualidad existen muchos docentes que atraviesan situaciones de malestar que para ellos es un verdadero desafío (Joan Rué Domingo, 2010) afirma: “La conciliación de las actividades presenciales del profesor con las virtuales, y dentro de estas, la combinación entre actividades síncronas y asíncronas es un problema introducido por la incorporación de herramientas TIC a la docencia” (p. 168).

El malestar en los docentes está desencadenando patologías psicológicas en los profesores entre ellos pensamientos automáticos que desembocan en distorsiones cognitivas que generan desasosiego.

Pérez y Gálvez, 2009 (como se citó en Joan Rué Domingo y Laura Lodeiro Enjo, 2010) piensa que es difícil para el profesor compaginar docencia presencial con virtual. El uso de medios telemáticos, indispensables en la docencia virtual, facilitaría la coordinación de los equipos docentes con los estudiantes, pero al mismo tiempo “esa posibilidad se puede transformar en un factor de estrés, de tareas y deberes que conquista todo el tiempo y espacio”.

Por lo tanto, la explotación y el agotamiento al docente impulsado por la virtualización por motivo de la cuarentena comienza a exteriorizar en su sintomatología psicológica (Carpintero, 2020). La presión ejercida sumado denigración de sus funciones académicas y didácticas comienza a tener expresiones en su salud mental y su subjetividad

Hace referencia a las distintas afirmaciones clínicas de enfermedades psicológicas en el docente como puede ser la ansiedad, estrés y trastornos del sueño empiezan a generar preocupación debido a que en ciertos casos existe ya automedicación, a lo penoso que acarrea el COVID-19 se suma el malestar psicológico del docente virtualizado las causas son manifiestas ya que el docente es expuesto a presión laboral sin contar muchas veces con los medios y recursos óptimos la obligación a estar constantemente conectados en grupos de whatsapp en reuniones virtuales a toda hora, el desafío de los docentes para garantizar el éxito de la enseñanza aprendizaje y pues que prácticamente nunca depende exclusivamente del mismo

docente el no alcanzar logros propuestos les hacer sentir toda la responsabilidad por la conectividad convertida en culpa, y luego en angustia cuando se les genera un problema de conexión a tal punto de caer en la frustración.

Así comienza a hacerse síntoma el malestar psíquico del docente a una “psicopatología de la vida cotidiana” al ser bajo modalidad virtual experimentan un sin número de síntomas que causan cada vez mayor inquietud comienza a salir de la intimidad y la privacidad del docente para ser denunciados a viva voz y no quedarse callados (Carpintero, 2020). Es necesario señalar que el abatimiento psíquico de los profesores en su actividad virtualizada sumado la carga de que hoy prácticamente todo lazo social de cualquier sujeto se encuentra prácticamente encerrado en la virtualidad lo que les hace sentir hasta cierto punto enfrascados sin ninguna salida en ciertos casos el docente debe dar sus clases virtuales en condiciones no optimas antes y después de asistir a sus reuniones de cátedras debe realizar su teletrabajo muchas profesoras deben asistir a sus hijos en las tareas escolares atender las actividades como amas de casa y así mismo darse tiempo para realizar sus encuentros recreativos con familiares y amigos de formar virtualizada ya que la pandemia nos impulsó a interacciones virtuales.

Salud mental y COVID-19

A inicios del mes de marzo del presente año se impuso afrontar una cuarentena conllevando a repercusiones directamente a la salud mental de las personas que estuvieron expuestas a escenarios intensos provocando malestar como el miedo, la preocupación, la ansiedad y el estrés que son reacciones normales en los que nos enfrentamos a la incertidumbre o a situaciones que generaron cambios o crisis. Cabe recalcar que es normal que las personas experimenten estos sentimientos en contexto de la pandemia.

Al miedo de contraer el virus se suma el impacto de los cambios rotundos en nuestra cotidianidad ocasionados por los esfuerzos de contener la propagación del virus, antes las desafiantes realidades de distanciamiento social, enfrentarse al trabajo desde el hogar, educación bajo modalidad virtual y falta de unión con los seres queridos y amigos por todo aquello es fundamental cuidar la salud física como la salud mental.

Es comprobado que existe deterioro en la salud mental lo que ha provocado el surgimiento de un sin número de trastornos mentales y del comportamiento, emitir un pronóstico es desafiante debido al poco acceso para poder diagnosticar y efectuar tratamientos a pesar de ello han sido diversas las respuestas en brindar prevención y contención psicológica intentando hacerle frente a la pandemia.

Existen dimensiones a considerar que son determinantes para la salud mental que deben señalarse con preocupación es necesario comprender que la salud mental implica algo más que los trastornos mentales y psiquiátricos.

Esto significa que, el objetivo no es únicamente reducir sintomatología de carácter clínico. Asensio (2020) refiere que por el contrario, según la OMS, la salud mental implica un estado de bienestar en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, se puede enfrentar a los desafíos normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y beneficiosamente, y es capaz de ser una ayuda hacia su comunidad. Trabajar en favor de la salud mental, en este sentido, es importante reconocer las condiciones sociales y económicas que rodean a la persona.

Se considera que las distorsiones cognitivas son los pensamientos o las creencias que acarrear alteraciones negativas de la realidad es decir pensamientos que no tienen fundamento ni autenticidad y que pueden surgir ante cualquier situación que se presente en el diario vivir. Desde lo cognitivo tiene importancia la construcción que hace el paciente de la existencia de hechos reales la terapia busca impulsar una mayor concienciación de los pensamientos que están alimentando lo perjudicial, e instruir al paciente dudas ante su forma de pensar en si la terapia cognitiva es una psicoterapia basada en una teoría que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y la conducta.

Detrás de la modalidad no presencial surgen pensamientos automáticos que generan distorsiones cognitivas desembocando malestar psíquico repercutiendo en la vida del docente virtualizado a eso le aumentamos el afrontamiento ante una pandemia con algunos escenarios intensos provocando malestares como miedo, ansiedad, estrés y preocupación excesiva ocasionando deterioro en la salud mental.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de información de datos fueron las siguientes:

Historia clínica psicológica

Esta técnica se empleó para poder conocer los datos de identificación, motivo de consulta, la historia de la enfermedad, antecedentes familiares, la anamnesis y la exploración del estado mental etc. Es decir, el poder recolectar datos e información relevante. La cual nos ayuda a instaurar el diagnóstico presuntivo. **(ANEXO 1)**

Cuestionario

Se utilizó esta herramienta que consiste en elaborar una serie de preguntas estructuradas de manera espontánea, se utiliza para profundizar y conocer la problemática del paciente lo que permite recabar información valiosa. **(ANEXO 2)**

Test psicométrico

Permite medir con fiabilidad diferentes características cognitivas o ayuda a confirmar la información que se había recogido mediante supuestos de la observación clínica, y así poder relacionar los signos y síntomas que el paciente manifiesta y poder comprobar el diagnóstico presuntivo se empleó los siguientes test:

Inventario de pensamientos automáticos (Ruíz y Lujan, 1991)

El inventario de Distorsiones Cognitiva, consta de 45 ítems, de los cuales 3 ítem representan cada uno de los 15 tipos de distorsiones cognitivas que exploran la variable de distorsión cognitiva definida como las figuras mentales de las experiencias de la vida, y que se dan en forma de significados (falsa imagen o interpretación). **(ANEXO 3)**

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El BAI se ha diseñado específicamente para medir ansiedad clínica, el estado de ansiedad prolongada que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante, se trata de una herramienta muy útil diseñada con un formato tipo Likert que consta de 21 ítems puede

aplicarse a personas pertenecientes a poblaciones clínicas, y también a la población general, adultas y adolescentes. Sobre la validez de contenido, los ítems se crearon con cuidado para asegurarse de que recogieran la mayor parte de los síntomas de ansiedad. (ANEXO 4)

RESULTADOS OBTENIDOS

Sesión 1.- Paciente (en adelante Pac.) de 57 años de edad de género femenino de nacionalidad ecuatoriana oriunda del Cantón Urdaneta provincia de Los Ríos, nació el 8 de mayo de 1963 de estado civil casada, nivel de instrucción licenciada en ciencias de la educación de ocupación docente de la unidad educativa “La inmaculada” del Cantón Montalvo; luego de los datos de identificación se abordó el motivo de consulta.

Todo empezó ante el inicio del periodo lectivo bajo la modalidad virtual, ella refiere “me afecto mucho”, “me deprimí” y sentía “angustia”, “desesperación”, “bloqueos”, “irritabilidad” ya que pensaba que no podría dar clases bajo la modalidad no presencial, ella menciona ser mala con la tecnología y no saber usar un computador, incluso tuvo miedo de perder su trabajo, desde ese entonces cada vez que se le presentan situaciones difíciles ella vuelve a sentirse igual, la paciente piensa que sus clases las da mal y que los alumnos se ríen de ella, que sus compañeros se burlan por ser la que menos sabe de tecnología en ciertas ocasiones ha tenido problemas en reuniones por videollamada con sus compañeros.

La Paciente narra que entre todas las situaciones que le generan malestar se encuentra la que desde ese entonces cuando aparece un enfermo en la familia o amigos ella se entristece se pone mal, llora y piensa siempre que sucederá lo peor incluso que van a morir por causa del virus COVID-19. Se procedió a explicarle el modelo de la TCC que es importante que sepa que todas las personas tienen pensamientos generadores de emociones, sentimientos y sobre estos actuamos o nos comportamos.

En esta primera sesión se avanzó con la historia clínica hasta el punto anamnesis, es decir, la historia personal de la paciente, luego se planteó el encuadre donde fijamos los horarios y el número de sesiones que fueron siete a su vez rectificándole que las sesiones no poseen costo alguno. Se le envió una tarea para la casa la cual consistía en utilizar una técnica de terapia cognitiva de como los pensamientos crean sentimientos (ANEXO 5), se le explicó

a la pac. en qué consistía la tarea explicándole cómo sus pensamientos pueden crear sentimientos poniéndole ejemplos para facilitar la comprensión.

Sesión 2.- Se dio el día 7 de agosto del presente año a las 7:00am, procedí a la revisión de la tarea donde se le dio lectura a sus anotaciones, el pensamiento plasmado fue “todo lo que hago me sale mal” y en sentimiento “ira”, se abordó a la paciente sobre este pensamiento, y ella menciona que no logra aprender a usar el computador hay muchas cosas que no entiende, que todo lo hace mal un día le enseñan y al otro día se le olvida, y se dice así mismo frases ofensivas, para calmarla utilice la técnica de respiración y relajación pasiva.

Se plantearon las preguntas del cuestionario (**ANEXO 2**) donde me centre en un pensamiento descrito anteriormente donde la pac. refiere que todo lo que hace le sale mal que se siente inútil e incompetente, se irrita fácilmente incluso estuvo a punto de dañar su computador, se siente fatigada, nerviosa y se bloquea que no sabe qué hacer perdiendo el control, esta situación la describe como una afectación para su vida y que le preocupa demasiado debido a que le genera consecuencias negativas en sus emociones y conducta.

La última vez que se sintió así fue hace dos días cuando intentaba ingresar en el teams de estudiantes para poder iniciar sus clases y se le bloqueo la cuenta, la pac. menciona que sucedió por primera a inicios del año escolar cuando las autoridades emitieron el comunicado las clases serian bajo modalidad no presencial, la pac. manifiesta que le ha afectado en su vida personal ya que siente mucho malestar cuando le suceden la crisis con su familia debido a que pasa irritable lo que genera discusiones con su esposo e hijos y en su entorno laboral ha tenido algunas discusiones con sus compañeros ella manifiesta “se burlan de mi” no me brindan ningún tipo de ayuda y se siente marginada por sus compañeros.

Posteriormente procedí a la toma del Inventario de pensamientos automáticos de (Ruíz y Lujan, 1991) de esta manera puedo detectar los principales tipos de pensamientos automáticos que le afectan actualmente de manera importante. El resultado del test fue con mayor puntuación en las siguientes distorsiones: Visión catastrófica, sobregeneralización, Pensamiento polarizado, filtraje, “debería”.

Sesión 3.- Esta sesión fue realizada el día 11 de agosto del presente año a las 7:00am se aplicó la técnica detección de pensamiento con el fin de poder controlar o ponerle un alto

a los pensamientos automáticos se le indico a la paciente que imagine una situación que le genere ansiedad, una vez que empiecen a invadir esos pensamientos a su mente le diré con voz fuerte “alto”, se lo realiza una vez más y se le indica a la paciente que emita una señal cuando los pensamientos estén instaurados en su imaginación a la señal diré con voz fuerte “alto” por último le indique que lo realizara el solo cuando los pensamientos estén presentes ella dirá con voz fuerte “alto”.

Sesión 4.- Se llevó a cabo el día 14 de agosto del presente año a las 7:00am se utilizó la técnica cognitiva categorizando sus pensamientos distorsionados (**ANEXO 6**) confirmando cuales son las distorsiones que afectan de manera importante se volvió a realizar con la pac. la técnica detección de pensamientos, se realizó la técnica de respiración y técnicas de relajación pasiva. Posteriormente se aplicó el inventario de ansiedad de Beck para poder identificar el nivel de la ansiedad obteniendo como resultado según la escala de calificación (BAI), la paciente posee una ansiedad baja-leve.

Sesión 5.- Se realizó el día 17 de agosto del presente año a las 7.00am inicio de modificación de conducta utilizando terapia de resolución de problemas que consta de cinco fases, primera fase orientación hacia el problema intervine con una breve introducción explicando que es un problema, se pidió a la pac. que indique el problema o problemas que tiene en la actualidad y su nivel de gravedad, en una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo), haciendo mención de aproximadamente seis problemas a la medida que los planteaba obtenía mayor información de cada una de las dificultades, segunda fase definición y formulación del problema, se pidió a la pac. que defina y formulé el problema para ayudarla formule interrogante que le faciliten a definir las dificultades.

Siendo las preguntas de gran ayuda para la formulación del problema, la pac. lo plasmó de la siguiente manera difícil manejo de tic al llevar a cabo las actividades escolares virtuales su uso produce temor, me afecta cognitivamente y emocionalmente. Posteriormente se culminó realizando la técnica de respiración y técnicas de relajación pasiva.

Sesión 6.- Se dio el día 21 de agosto del presente año a las 7:00am terapia de resolución de problemas continuando con la tercera fase generación de soluciones alternativas, se pidió a la pac. realice un listado con posibles soluciones al problema en el proceso se valoró cada

una de las alternativas propuestas, se da paso a la cuarta fase de toma de decisiones donde la pac. elige una sola solución del listado creado por ella, la cual fue aprender el uso de tic.

Procedí a verificar el valor de la alternativa haciéndole preguntas ¿consigue su meta con ella?, la pac. responde que sí, ¿Puede ejecutar esa solución de modo óptimo? ¿Cómo? A lo que la pac. afirma que sí que tiene un sobrino ingeniero en sistemas que sabe mucho de tecnología y que le dirá que los fines de semana le enseñe, Con esta solución ¿Puede cambiar la situación problemática? La pac. manifiesta que, si puede mejorar la situación, si aprende el uso de tic podrá estar más calmada no vendrán a ella pensamientos negativos y desagradables que causen malestar incluso ya no será una carga para sus hijos más bien podrá ser sustento de sus compañeros de trabajo ya que podrá aportar con material e información educativa.

La quinta fase puesta en práctica y verificación de la solución consiste en llevar a la práctica la solución del problema, le pedí a la pac. que ejecute la solución simbólicamente en su imaginación obteniendo respuesta favorable tanto así que la pac. se propuso llamar a su sobrino para invitarlo a su casa el fin de semana para que pueda enseñarle el manejo de la computadora y a utilizar herramientas tecnológicas.

Sesión 7.- Se llevó acabo el día 24 de agosto del presente año a las 7:00am procedí a verificar la solución preguntando como le fue, la pac, se muestra contenta y manifiesta que le fue muy bien, que aprendió algunas cosas que antes le resultaban difíciles, pero ahora las puede realizar me llené de emoción al ver su alegría y procedí a elogiarla a la pac. por haber conseguido solucionar su problema satisfactoriamente, posteriormente se le recordó las recomendaciones entre ellas la práctica de la técnica de respiración y técnicas de relajación pasiva.

SITUACIONES DETECTADAS

La información que se obtuvo fue que la paciente expreso todos sus pensamientos, sentimientos y situaciones que le han provocado síntomas como miedo, tristeza, ira, inquietud, fatiga e incluso tensión muscular y nerviosismo, esto le está afectando a su vida personal, familiar y social.

A inicio de las sesiones pude notar por medio del discurso libre intranquilidad en la paciente que se encontraba ansiosa, cabizbaja e incluso nerviosa, pero con actitud positiva ella se mostró colaborativa lo cual facilitó todo el proceso, en la tarea asignada la paciente plasmo un pensamiento que al abordarlo se desato en llanto, ella piensa que es inútil e incompetente, se irrita fácilmente la paciente menciona que tuvo miedo de perder su trabajo debido a que no lograría trabajar las actividades escolares con sus estudiantes, que sus clases serian un fracaso estos pensamientos se atribuyen a un grupo de distorsiones cognitivas entre ellas pensamiento catastrófico.

Durante la intervención en terapia de resolución de problemas se observó a la paciente con total entusiasmo, se enfrentó a sus problemas a la hora de reconocerlos y me sorprendió que al hablar del tema no denoto tristeza, al contrario, hubo entusiasmo durante toda la terapia la paciente refiere con alegría que por fin vio la luz al final del túnel, evidenciándose que el proceso terapéutico se estaba logrando con éxito. Al final de las sesiones se observa a la paciente con un semblante diferente, reflejando serenidad y me comento con total fervor lo bien que le fue llevando a cabo la verificación de la solución, quedando totalmente agradecida por el proceso.

De acuerdo a la información proporcionada por la paciente y la obtención de los resultados de los test aplicados se procedió a revisar los criterios del manual CIE-10 y DSM-5, llegando a establecer el diagnostico de (F 41.1) trastorno de ansiedad generalizada.

Área Emocional	
Miedo	De perder su trabajo
Tristeza	No poder dar sus clases como quisiera
Ira	Por no saber cómo hacer las actividades virtuales

Área Cognitiva	
Dificultad para concentrarse	No logra concentrarse cuando realiza actividades de planificación.
Poca capacidad de afrontamiento	Cuando se le presentan situaciones adversa

Área Conductual	
Agresividad	Cuando algo le sale mal
Dificultad para dormir	Al acostarse le invaden pensamientos lo que le dificulta conciliar el sueño.

Área somática	
Tensión muscular	Por la presión de la educación bajo la modalidad virtual

SOLUCIONES PLANTEADAS

Como antecedente a la investigación y luego de obtener información válida del proceso de estudio se procede a elaborar un esquema psicoterapéutico de la Terapia Cognitivo Conductual para reducir el trastorno de ansiedad generalizada, con el objetivo de:

- Detección de pensamientos automáticos
- Disminuir la actividad fisiológica
- Categorizar los pensamientos distorsionados
- Terapia de resolución de problemas

ESQUEMA TERAPÉUTICO				
OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	RESULTADOS ESPERADOS
Reconocer pensamientos y sus sentimientos.	Explicar cómo los Pensamientos Crean Sentimientos	Se pide a la paciente que realice un registro de los pensamientos que crean sentimientos. Se los trabaja en la siguiente sesión, el objetivo es poder ayudar a los pacientes a aprender a reconocer la manera en que interactúan sus pensamientos y sus sentimientos.	Esta técnica puede tener la duración de 20 minutos	Con esta técnica se espera obtener resultados los cuales serán que el paciente identifique sin complicaciones los pensamientos automáticos que generan emociones y sentimientos.
Controlar o ponerle alto pensamientos automáticos	Detección de pensamiento	Se solicita al paciente que imagine una situación que genere ansiedad, una vez que esos pensamientos están invadiendo su mente yo le diré alto, se lo realiza una vez más en esta ocasión el paciente hará una señal una vez que esos pensamientos ya estén y por último se pide que lo haga el solo, pero con voz fuerte.	Esta técnica puede tener la duración de 30 minutos y se trabaja en 2 sesiones	Esta técnica ayudará al paciente a controlar y poner un alto a los pensamientos que le generan ansiedad y tendrá como resultado una manera más adecuada de afrontar una situación cotidiana.
Disminuir la actividad fisiológica elevada	Respiración y técnicas de relajación pasiva	En la cual se procede a pedir al paciente que se ponga cómoda y se procede a practicar la relajación, se promueve la percepción de las partes del cuerpo y los accesorios que tenga en ella.	Esta técnica puede tener la duración de 15 minutos y se trabajó en 4 sesiones	Los resultados que se esperan con esta técnica es disminuir la actividad fisiológica elevada en la paciente.

<p>Identificar la distorsión constante e idiosincrásica de los pensamientos.</p>	<p>Categorizando sus Pensamientos Distorsionados</p>	<p>Se le pide a la paciente anote en la columna izquierda un pensamiento automático. Luego, identifique en la columna derecha la categoría (o categorías) de distorsión a la que pertenece ese pensamiento.</p>	<p>Esta técnica puede tener la duración de 20 minutos</p>	<p>El resultado de esta técnica es que la paciente identifique las distorsiones constantes de los pensamientos, y que la conlleven a precipitarse y tener conclusiones, personalizando los eventos negativos.</p>
<p>Modificación de la conducta</p>	<p>Terapia de resolución de problemas</p>	<p>La primera fase es la orientación hacia el problema donde se pide a la paciente que piense en los problemas que posee, segunda fase definición y formulación del problema la paciente definirá y se formulara el problema, tercera fase generación de soluciones alternativas la paciente deberá generar el mayor número posible de soluciones alternativas, cuarta fase toma de decisiones se tomara una solución anteriormente planteadas y se revisara algunos criterios basándose en alternativa elegida, quinta fase puesta en práctica y verificación de la solución consiste en llevar a la practica la solución propuesta y verificar si es la más adecuada.</p>	<p>Esta técnica tiene un tiempo de duración de 30 minutos y se trabaja en 3 sesiones</p>	<p>Tratar de producir consecuencias positivas y refuerzo positivo, así como evitar las consecuencias negativas.</p>

CONCLUSIONES

Se concluye en cómo se establecen las distorsiones cognitivas en una profesora debido al inicio de actividades escolares no presenciales a causa de la pandemia COVID-19, al principio del año lectivo bajo la modalidad virtual y no presencial generó en la paciente esta sintomatología la misma que está causando malestar clínicamente significativo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve.

En las pruebas psicométricas que se le aplicaron a la paciente se obtuvo los siguientes resultados del Inventario de pensamientos automáticos de (Ruíz y Lujan, 1991) los principales tipos de pensamientos automáticos que le afectan actualmente de manera importante con mayor puntuación las siguientes distorsiones: Visión catastrófica, sobregeneralización, Pensamiento polarizado, filtraje, “debería”. Posteriormente se aplicó el inventario de ansiedad de Beck para poder identificar el nivel de la ansiedad obteniendo como resultado según la escala de calificación (BAI), la paciente posee una ansiedad baja-leve.

Con toda la información obtenida por medio de la entrevista clínica, cuestionario, pruebas psicométricas aplicadas, se pudo establecer un diagnóstico estructural que según los criterios diagnósticos del DSM-5 y CIE-10 se cumplen para un diagnóstico de (F 41.1) trastorno de ansiedad generalizada, el mismo que está afectado a su vida en el ámbito personal, familiar y laboral.

Gracias al diagnóstico establecido y a los hallazgos encontrados se procedió al diseño del esquema terapéutico con enfoque cognitivo conductual para tratar los principales síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y de esta forma desaparezcan los síntomas asociados a las distorsiones cognitivas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que la paciente asuma con responsabilidad el proceso terapéutico, ya que si no lo cumple como está establecido puede entorpecer el proceso e evidenciar mejoría, ya que dentro del ámbito beneficioso debe tener una continuidad para tener resultados positivos en el diagnóstico y pronóstico de la paciente.

También es recomendable la colaboración de su familia; y así el proceso terapéutico sea más fructífero y se logre la optimización del mismo, ya que como terapeutas no nos podemos dar el lujo de dejar cabos sueltos en ninguno de los casos que se puedan tratar, ya que implica que el paciente no llegue a tener una recuperación integral en salud mental.

Se recomienda a la unidad educativa “La inmaculada” brinde capacitaciones sobre el uso de tic, la formación de grupos de apoyo para los docentes con poco dominio tecnológico y ofrecer atención psicológica para una óptima salud mental en todo el personal docente de la institución. A la paciente se le sugiere tener presente y brindar la importancia debida a los pasos dados para poder controlar el estado ansioso, puesto que esto ayudará a fortalecer las relaciones familiares, sociales y como primordial el ámbito laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- Asensio, R. H. (2020). Crónica del Gran Encierro: Pensando el Perú en tiempos de pandemia. *Instituto de Estudios Peruanos*, sec. 15.
- Barceló, M. G. (2005). ¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro?: Técnicas asertivas para el profesorado y formadores. *Desarrollo personal del profesorado*, 90.
- Beck. (1967). A. T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. *Depression: Causes and treatment.*, 22.
- Carpintero, E. (2020). El año de la peste: Produciendo pensamiento crítico. *Editorial Topía*, 202.
- Fuerez, S. E. (2016). “Distorsiones Cognitivas como posible factor influyente sobre los niveles de Ansiedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten la Unidad Metropolitana de Salud Norte de la ciudad de Quito”. *Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica*.
- Joan Rué Domingo, L. L. (2010). Equipos Docentes y nuevas Identidades Académicas. *Narcea "universitaria"*, 216 páginas.
- Leahy, R. L. (2018). Técnicas de terapia cognitiva: una guía para profesionales. *Akadia*, (19- 20 -63)
- Rodríguez Biglieri, R. V. (2011). MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD. *Polemos*, 460 páginas.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS 1
HISTORIA CLÍNICA

HC. #

Fecha: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

b. Tipo de familia. _____

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

÷
7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

**10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL
DSM-5**

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Obte

Firma del pasante

ANEXO 2

Cuestionario

- ¿Podría hablarme que ocurre cada vez que piensa que todo lo que hace le sale mal?
- ¿Cómo describiría Ud. ¿Esta situación?
- ¿Podría describir detalladamente la última vez que se sintió así?
- ¿Cómo y cuándo sucedió por primera vez?
- ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida personal, familiar y su entorno laboral? ¿Qué ha hecho Ud. para solucionar este problema?

ANEXO 3

NOMBRE:
FECHA:

EDAD:

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS
(RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso

1 = Algunas veces lo pienso

2= Bastantes veces lo pienso

3= Con mucha frecuencia lo pienso

	0	1	2	3
1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2.Solamente me pasan cosas malas				
3. Todo lo que hago me sale mal				
4.Sé que piensan mal de mi				
5.¿ Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6.Soy inferior a la gente en casi todo				
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8.! No hay derecho a que me traten asi				
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental 1				
O.Mis problemas dependen de los que me rodean				
11 .Soy un desastre como persona				
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13.Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14.Sé que tengo la razón y no me entienden				
15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16.Es horrible que me pase esto				
17 .Mi vida es un continuo fracaso				
18.Siempre tendré este problema				
19.Sé que me están mintiendo y engañando				
20.¿ Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21.Soy superior a la gente en casi todo				

ANEXO 4



Identificación **Fecha**

.....

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensación de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Temblor de piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Terrores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Temblores de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Miedo a morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sobresaltos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Palidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rubor facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL:

A.F.

A.S.

ANEXO 5



PSIC. IMAYA MAITE DE LUCCA CAMPELO

FECHA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:

EDAD:

CÓMO LOS PENSAMIENTOS, CREAN SENTIMIENTOS

PENSAMIENTO: PIENSO QUE....	SENTIMIENTO: POR LO TANTO, ME SIENTO....

