



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
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

PROBLEMA:

**DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU REPERCUCION EN LA ANSIEDAD EN
UN ESTUDIANTE DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE
BABAHOYO DE LA PROVINCIA DE LOS RIOS**

AUTOR:

MACIAS LOPEZ MARÍA EUGENIA

TUTOR:

MSC.JIMENEZ BONILLA DENNIS MAURICIO

BABAHOYO - 2020



DEDICATORIA

A mi esposo Daniel quien con su paciencia perseverancia y esfuerzo me ha permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por el apoyo incondicional, por motivarme a salir adelante

A mis padres Pedro y María gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía de no temer a las dificultades porque Dios está conmigo siempre

A mis hermanos Deisy, Wendy, Betzaida y Junior por su apoyo incondicional durante este proceso por estar conmigo en todo momento gracias con sus oraciones y palabras de aliento me acompañan a alcanzar mi sueño Finalmente a mis hijos Matias y kamila que son mi soporte y fortaleza esto es por ustedes y para ustedes.



AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi luz en mi sendero por guiar mis pasos, A LA UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional

A mi tutor Msc. Dennis Jiménez Bonilla por su dedicación , quien con sus conocimientos , experiencia , paciencia y motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito , agradezco a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque ellos han aportado en mi formación, gracias por todo lo que me han brindado.



RESUMEN

En el presente análisis de caso acerca de las distorsiones cognitivas y su repercusión en la ansiedad en un estudiante, donde se profundizó teóricamente acerca de las variables manifestando que las distorsiones cognitivas son básicamente pensamientos erróneos acerca de los acontecimientos, es decir la manera que el paciente interpreta los sucesos debido a sus estructuras cognitivas preexistentes, la cual se han formado a partir de las experiencias previas afectando su estado de ansiedad actualmente.

Mediante las técnicas aplicadas como test psicométricos, observación clínica se logró realizar la recolección de la información se empleó la entrevista semiestructurada formulada en veinte preguntas para obtener los datos necesarios para la respectiva historia clínica, también se identificó patrones marcados de conducta ansiosa debido a sus pensamientos automáticos de carácter negativo, con el apoyo de las baterías psicométricas aplicadas en la paciente para medir el estado de ansiedad se aplicó el test de Hamilton y para poder evidenciar distorsiones el test de pensamientos automáticos.

Como resultado de la exploración mental del paciente se llevó a un consenso de diagnóstico de F41.1 ansiedad generalizada cumpliendo con los criterios del DSM V y basado con los hallazgos encontrados que fue notorio en el comportamiento frecuentemente con inquietud, cansancio, malestar muscular ante cualquier tipo situación generándole el malestar emocional y conductual, también se elaboró un plan psicoterapéutico enfocado en las necesidades del paciente con el objetivo de mejorar su salud mental.

Palabras claves: distorsiones cognitiva, ansiedad, estudiante



ABSTRACT

In the present case analysis about cognitive distortions and their impact on anxiety in a student, where he theoretically delved into the variables stating that cognitive distortions are basically wrong thoughts about events, that is, the way the patient interprets events due to their pre-existing cognitive structures, which have been formed from previous experiences affecting their current state of anxiety.

Through the techniques applied such as psychometric tests, clinical observation, it was possible to collect the information, the semi-structured interview formulated in twenty questions was used to obtain the necessary data for the respective clinical history, marked patterns of anxious behavior were also identified due to their a her automatic thoughts of a negative nature, with the support of the psychometric batteries applied to the patient to measure the state of anxiety, the Hamilton test was applied and the automatic thoughts test was applied to show distortions.

As a result of the mental examination of the patient, a generalized anxiety diagnosis of F41.1 was reached, fulfilling the criteria of DSM V and based on the findings that it was noticeable in the behavior frequently with restlessness, fatigue, muscular discomfort when faced with any type of situation generating emotional and behavioral discomfort, a psychotherapeutic plan focused on the needs of the patient was also developed with the aim of improving her mental health.

Keywords: distortions cognitive, anxiety, student



INDICE GENERAL

CARATULA.....	
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	2
DESARROLLO.....	3
Justificación.....	3
Objetivo general.....	4
Sustento teórico.....	4
TÉCNICAS APLICADAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	16
Resultados obtenidos.....	17
Situaciones detectadas.....	19
Soluciones planteadas.....	20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	25
REFERENCIAS.....	27
ANEXOS.....	29

INTRODUCCIÓN

El estudio de caso que se refiere a las distorsiones cognitivas y su repercusión en la ansiedad de un estudiante de una Unidad Educativa en la ciudad de Babahoyo de la provincia de los Ríos, este trabajo responde a la línea de investigación de prevención y diagnóstico, con la sub-línea de investigación trastorno de comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje; teniendo como bases teóricas donde se va a fundamentar es este estudio es la teoría cognitiva de Aaron Beck, que se enfoca en los procesos cognitivos de las personas, e identificando patrones de pensamientos inadecuados presentes en la psiques del individuo .

En la sociedad actual se manifiestan distintas situaciones como en el trabajo, estudios, reuniones sociales o distintas actividades que esté realizando las personas es entonces donde puede darse lugar a las distorsiones cognitivas, teniendo en cuenta que las interpretaciones son basadas en supuestos erróneos causando conductas no adaptables, por lo consiguiente es muy relevante saber por qué ocurre aquella conducta.

Es importante mencionar que las distorsiones cognitivas y su repercusión en la ansiedad van tener consecuencias múltiples en el comportamiento humano por ende es esencial tener conocimiento acerca de cómo puede estar afectando la salud mental de las personas, y en mayor o menor medida todas las personas alguna vez han experimentado algunas de las distorsiones cognitivas, entonces el saber cómo detectar y analizar las distorsiones orienta a tener una mente clara.

Se abordará a través del método teórico, que analizará y describirá la información para poder dar conclusiones fiables, y el método histórico lógico que está dentro del mismo, que se usará para la indagación de su respectiva historia clínica recogiendo los datos personales de la paciente con el objetivo de observar clínicamente su desarrollo social, cognitivo, y afectivo.

También se usará el método empírico indicando que es la manera de cómo se abordará el caso clínico usando una metodología individualizada y basada en las técnicas y herramientas acordes a la patología del paciente.

DESARROLLO

Justificación

El análisis del caso servirá para posteriores estudios refiriendo que es un tema muy elemental para el conocimiento de la sociedad, donde se ha evidenciado conductas ansiosas en el paciente de 18 años y deterioro en el área social manifestando que ya no realiza actividades como antes, y teniendo problemas en la resolución de problemas.

Es de gran importancia el análisis por que el paciente está generando cambios en su estado de ánimo con emociones insanas perjudicando el desarrollo social y cognitivo donde se va sumergiendo en sí mismo con un sufrimiento innecesario, sin poder interactuar con los demás, privándose de tener una buena salud mental.

También se menciona que el caso clínico es viable indicando que tiene la predisposición del paciente en cuanto al abordaje de la información como fuente primaria y el apoyo familiar para la recolección de los demás datos y poder llegar a su respectivo diagnóstico. En lo que concierne a su utilidad del estudio será directamente para el paciente y la familia que se le brindará distintas técnicas y herramientas para que obtengan una base teórica y práctica de conocimiento, para que puedan desarrollar actitudes más realistas ante distintas situaciones para orientarse hacia conductas más adaptadas.

Objetivo general

Determinar cómo las distorsiones cognitivas repercuten en la ansiedad de un estudiante de una Unidad Educativa en la ciudad de Babahoyo de la provincia de los Ríos.

Sustento teórico

Distorsiones cognitivas

El origen etimológico del término distorsión proviene de la palabra “distorción” la cual es resultado de tres componentes léxicos, el prefijo “dis” que tiene significado de separación, el verbo “torquere” se a su vez es sinónimo de torcer y el sufijo “ion” que significa acción y efecto, partiendo de esta descripción este término hace referencia a torcedura o deformación y la palabra cognitivo proviene de raíces latinas de “conoscere” que su significado es conocer o tener conocimiento acerca de algo, implica varios factores como el pensamiento, la percepción, el lenguaje, atención que forman parte del desarrollo intelectual de la persona (Porto & Merino, 2017).

Entonces recalando en base a su significado las distorsiones cognitivas son deformaciones de pensamientos ya que la cognición es la acción efecto de conocer mediante los pensamientos percibidos en el ambiente, es decir hace uso de las funciones la memoria, lenguaje, atención.

Haciendo referencia las distorsiones cognitivas son expresadas por los pensamientos automáticos puesto que son esquemas erróneos de interpretar situaciones generando consecuencias de negativas como alteración del estado emocional.

La cognición. Es la facultad que tiene el hombre para procesar la información a través de la percepción, la cual es de donde se obtiene el conocimiento adquirido como la experiencia, y también las características subjetivas que le permitirán valorar dicha información, por lo tanto el conocimiento que desde la psicología cognitiva está relacionado íntimamente con la experiencia dando entender que desde el medio ambiente, se desarrolla su estilo de vida permite que el ser vivo procese la información tanto interna y externa (Guitierrez, 2001).

Pensamiento: Etimológicamente proviene del latín *pendere* que da entender que es la capacidad que tiene los seres vivos de formar ideas, algunos autores dan su punto de vista en lo que refiere a pensamiento.

(Kantor, 1924-1926) Afirma “que el carácter que no es observable en el pensamiento indica que no es razón para limitar a un mundo no material, por la razón de que este rasgo da otra forma de interactuar con su entorno, por lo tanto es la forma de relacionarse con objetos y circunstancias que no están presentes en su momento”. En el enfoque cognitivo mencionado por Piaget señala la relación entre sujeto y ambiente, el pensamiento es el nivel superior de la asimilación que ocurre cuando un organismo se toma aspectos del medio bajo sus propias estructuras.

Es decir que la nueva información se acomoda a los esquemas ya preexistentes y la acomodación se da cuando el sujeto se somete al medio como necesidad para poder modificar esquemas y acomodarse a nueva información, que va operando con sus productos que son los esquemas mentales estos son los resultado de encuentros asimilativos y acomodativos con el medio ambiente, estos esquemas son representaciones interiorizadas de los desempeños similares de acciones, por medio de este procedimiento permiten que el individuo realice en su mente algo sin necesariamente comprometerse a una acción manifiesta, mientras que Piaget menciona que cuando se interactúa con un objeto nuevo se va activar un esquema que permitirá asimilar este nuevo objeto (Piaget, 1973).

Para Beck manifiesta que son esquemas o patrones cognitivos relativamente estables que van construyendo una base de la regularidad de las interpretaciones ante la realidad por medio de estos esquemas las personas pueden localizar, codificar y diferenciar para atribuir significados.

Entonces se puede manifestar que desde mi punto de vista personal el pensamiento es la acción y efecto de poder manifestar ideas de acuerdo a la percepción ante algún hecho formando esquemas mentales, de acuerdo con lo que se va construyendo entre sujeto – ambiente.

Las distorsiones cognitivas que han sido objeto de estudio de varias investigaciones científicas donde se va estableciendo una conexión de estas distorsiones con la aparición de trastornos psicológicos como la ansiedad, depresión etc., son tratadas como pensamientos o ideas irracionales ante un acontecimiento.

La conducta que es producida por las distorsiones cognitivas no son parte de los esquemas, sino que es parte de la respuesta de afrontamiento, es decir que los individuos van desarrollar este tipo de respuesta de afrontamiento disfuncionales, desde una temprana edad con el objetivo de poder adaptarse a los esquemas.

El ser humano suele tener tres tipos de respuesta básicas ante una amenaza de una necesidad emocional es lucha huida e inmovilidad (Young, Klosko, & Weishaar, 1999). Mientras que para Beck indica que las distorsiones cognitivas son entendidas como errores al momento que se va a procesar la información que son derivados de los supuestos personales o esquemas cognitivos, es decir que estas distorsiones provienen de dichos esquemas que las personas han ido formando.

Principales distorsiones cognitivas

Abstracción Selectiva: Se trata de tener visión en un elemento o detalle de la circunstancias, es común que se ignoren los aspectos positivos y se resalte de manera muy notoria los aspectos negativos. Son personas que en la vida cotidiana no toleran por general la impuntualidad, las mentiras. Puesto que se sienten indignadas por los errores que otros, maximizando lo negativo (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008).

Pensamiento polarizado o dicotómico: Es aquel cuando la persona se manifiesta de una forma extrema sin tomar en cuenta otros medios, permitiendo que el sujeto observe lo negativo y van categorizando las situaciones como blanco o negro, bueno o malo. Este pensamiento ocurre cuando la mente cree en algo que no es real entonces surgen estos pensamientos erróneos para reforzar emociones negativas. Son comunes sus respuestas como todo, nada, sí o no ante cualquier tipo de circunstancias. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Sobre generalización: Se da cuando el sujeto indica conclusiones a partir un hecho general sin bases suficientes y va aplicando a todas sus situaciones que no tienen relación dando un ejemplo cuando a un sujeto no lo invitan a una fiesta e inmediatamente lo relaciona con otra situación como “de seguro no quieren ir comer conmigo”, son situaciones que no tiene relación pero la persona sobre generaliza a todos sus hechos. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Visión catastrófica: Es cuando se adelanta a los acontecimientos evaluando una situación como lo peor posible tanto en el presente como futuro, ejemplo cuando un individuo va a una entrevista de trabajo y ya va anticipando que no lo llamarán. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Personalización: Es una forma de relacionarse con su ambiente sin tener suficientes bases, ejemplo María y sus amigas están hablando la otra persona piensa que seguro es mí, aquí se está manifestando como enlaza aquella situación con su forma de pensar sin tener fundamentos. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Falacia de control: En general las personas sienten gran responsabilidad sobre acontecimientos que están ocurriendo en su entorno, esta distorsión cognitiva si tiene la necesidad de controlar situaciones o puede ocurrir lo contrario que la persona no tenga ningún control acerca de los acontecimientos propios, la persona se vuelve incompetente ejemplo cuando una persona limpia varias veces quiere controlar que todo este correcto. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Falacia de justicia: Es característico de valorar como injusto lo que al sujeto no le coincide con sus deseos y sus necesidades por ejemplo es injusto que no aprobara.

El sujeto reprobó por que no estudió y lo manifiesta como injusto sin tomar en cuenta su irresponsabilidad. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Falacia de cambio: Mantiene que el bienestar de la persona misma depende exclusivamente de los actos de los demás, creen que para cubrir sus necesidades los otros tienen que cambiar ejemplo si tú no cambias tampoco cambiare muy típico en las parejas, se puede notar que espera que la otra persona del cambio. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Etiquetas globales : Es cuando se emite un juicio de valor basándose en uno o dos cualidades de la personalidad para poder etiquetar a las personas o a uno mismo para posteriormente juzgar, ejemplo cuando observan que lleva una prenda de buen costo de seguro tiene dinero, este el juicio que emite el sujeto ya que por llevar esa prenda etiqueta como que realmente es adinerado/a cuando no puede ser así, entonces se estaría catalogando sin conocer verdaderamente a la persona , por lo general sus palabras claves son “soy un”, “son unos”. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Culpabilidad: Es aquella donde el individuo atribuye responsabilidad a otros o así mismo sin tomar en cuenta otros factores que puede estar causando el acontecimiento, ejemplo cuando una persona engorda culpa a su pareja por traer alimentos muy grasos, se puede analizar una característica muy marcada de que estas personas no van a cambiar su comportamiento solo lo hacen para dar vueltas en los malos hábitos, las palabras comunes son tú tienes la culpa. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Deberías : Se destaca cuando existe reglas rígidas y exigentes acerca de cómo deben acontecer las cosas , cuando existe una desviación de estas normas consideran que es insoportable causando alteración emocional , ejemplo cuando un sujeto está preocupado por los errores que podría cometer en su trabajo y piensa que debe actuar como profesional y no debería cometer algún tipo de error .Entonces comienza autoerigirse con debería o no debería, tengo que, y si por alguna razón no es así va a causar el malestar, donde la persona se está condenando como un fracasado. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Tener razón : Indica la tendencia a evidenciar de manera muy frecuente , cuando ocurre un desacuerdo entre dos personas o más, esa persona mantiene que tiene la razón de lo que está manifestando es lo correcto , no le importa los argumentos de las otras personas los ignoran , ejemplo cuando una pareja está discutiendo acerca de cuál es la mejor manera de educar a sus hijos cada una mantenía según la razón correcta ,no se llega a ningún acuerdo solo se enredaban en las discusiones solo quedaba en manifiesto la lucha de poder sobresalir con la razón en particular. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Falacia de recompensa divina: Se enmarca la tendencia de no buscar solución ante dificultades presentes puesto que suponen que aquella situación tendrá mejoría en el futuro sin realizar ninguna acción para su mejorarla, estas personas suelen mantener un gran malestar innecesario como el resentimiento y no buscar algún tipo de solución que podrían ayudar a reducir este malestar.

Ejemplo una mujer tolera que su pareja llegue ebrio a casa a maltratarla, ella piensa que si aguanta el siguiente día él se dará cuenta lo que hace por él, entonces ella va acumulando ira y responde de manera indirecta, cuando su esposo pedía mantener coito , respondía que estaba cansada o le dolía la cabeza , pues bien se puede evidenciar su acumulo de malestar puesto que respondía de manera indirecta, haciendo referencia de que mañana las cosas mejoran sin hacer nada al respecto. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Interpretación de pensamiento: Es aquel donde se realiza interpretaciones sin base, acerca de las intenciones o sentimientos de las demás personas, ejemplo cuando un persona está en una cita y espera a la pareja y por alguna razón se demora, comienza de

Interpretar que le están mintiendo sin tener en cuenta otros factores. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Razonamiento emocional: Se manifiesta cuando creen que, lo que el sujeto siente emocionalmente es necesariamente verdadero por ejemplo me siento inútil por soy un inútil, entonces la persona se deja llevar solo por la emoción que está sintiendo quedando secuestrada la conducta invadida por el estado emocional. (Hoyos, Londoño, & Zapata, 2008)

Ansiedad

La ansiedad proviene del termino latín “axietas” que significa aflicción, inquietud e incomodidad, es una de las emociones más comunes que experimenta el ser humano sintiendo preocupación e incertidumbre excesiva ante futuros acontecimientos, este trastorno se caracteriza por tener un sentimiento intenso displacentero que afecta a cualquier parte del cuerpo, indicando el presentimiento de que algo grave va ocurrir al individuo. (Reyes, 2009)

Desde el siglo XVII de ha venido tratando al término de la ansiedad por William Cullen, para explicar la aflicción del sistema nervioso central que produce nerviosismo, después en el siglo XIX se estuvo denominando como neuróticas a los sujetos que transmitían la conducta fracasada y rígida .

En el siglo XX el punto de vista cambio a biológico porque Freud propuso el modelo psicodinámico, Freud mencionaba que la neurosis no tenía causas orgánicas sino era la ansiedad por que se reprimían los deseos y recuerdos, entonces la conducta neurótica era básicamente la expresión de la ansiedad, es decir se hace consiente en la mente del sujeto y es un signo peligroso para el ego.

Añadiendo a la postura de Freud, la ansiedad si tenía causas orgánicas y que era expresada como el comportamiento neurótico, ya que tiempo más tarde la fue catalogando que la ansiedad que es una señal de peligro que lo constituye como constructo, estimulo, respuesta

Y como energía motivacional vital, las cuales es confuso en la actualidad dar una concepción concreta del autor. Partiendo desde estas perspectivas algunas teorías han argumentado acerca de la ansiedad.

En las primeras décadas del siglo XX hubo un gran interés por ansiedad en el campo de la psicología la cual la considera como la respuesta emocional, distintas investigaciones a lo largo de la historia han caído ambigüedad conceptual de la ansiedad y dificultades para abordarlo terapéuticamente.

Se dieron lugar algunas corrientes psicológicas como fueron humanista existencial, psicodinámica, psicométrica, conductista y luego como reciente la teoría cognitiva conductual, cada una de estas corrientes psicológicas acuñó este constructo bajo su perspectiva teórica dando gran confusión ya que se aludía conjunto de términos sinónimos como angustia, miedo, temor, estrés, tensión. (Etchevers & Putrino, 2018).

Perspectiva humanista existencial: La ansiedad desde la perspectiva humanista existencial, se considera como una característica ontológica, da entender que es inherente al hombre y que no actúa como un síntoma patológico, entonces la ansiedad es la reacción básica que experimentan cuando se sienten amenazados y no pueden cumplir alguna necesidad que resulta importante para sus vidas. (Etchevers & Putrino, 2018).

Perspectiva psicodinámica: En la perspectiva psicodinámica la ansiedad y preocupación es a partir de los conflictos y fantasías que son inconscientes y después se vuelven conscientes causando frustración. (Etchevers & Putrino, 2018).

Perspectiva conductista: En la perspectiva conductual considera que todas las conductas son aprendidas y se asocian con estímulos que pueden ser favorables o no favorables logrando una afinidad de postura, según esta postura manifiesta que la ansiedad es el resultado de un proceso que estuvo condicionado anteriormente, de este modo los individuos que han aprendido a asociar de manera errónea los estímulos neutros con acontecimientos traumáticos que son amenazantes, cuando tenga contacto con dichos estímulos se desencadena la ansiedad.

Juega un papel importante el aprendizaje social ya que por medio de este se puede desarrollar la ansiedad, que no solo basta tener la experimentación sino también puede ocurrir el aprendizaje de la ansiedad sea por medio observación en los sujetos. (Virues, 2009)

Perspectiva cognitiva conductual: Manifiesta que es el resultado de las cogniciones distorsionadas causando la ansiedad, dando entender que la persona categoriza mentalmente los acontecimientos y hace frente con preceder y conductas determinadas, por lo general las personas han sentido algún malestar físico en algún momentos de sus vidas, si bien es cierto no se sabe la causa de la molestia, no obstante existe personas que lo interpretan como una señal de amenaza para salud psíquica y física atribuyendo una respuesta neuropsicológica y desencadenando lo que se conoce como ansiedad. (Virues, 2009).

A continuación se analizara las terminologías que se usaban anteriormente y que también actualmente se consideran como sinónimos, en su uso diario de la ansiedad puede significar un estado de ánimo transitorio con gran tensión (angustia) que se interpreta como un peligro (miedo), demanda respuesta filológica (estrés), se puede evidenciar que cada proceso del termino ansiedad es un conjunto términos que acompañan a afección (ansiedad).

Angustia y ansiedad: Generalmente son empleados como sinónimos cotidianamente, aunque si existe diferencia la angustia proviene del latín “ángor” que tiene significado de opresión , contricción , angina, se refiere a esa sanción de opresión con desasosiego que es muy característico, y manifestación emocional ante un temor indeterminado desconocido contraponiendo al miedo que si tiene determinación , según (Hardy, Hardy, & Kerneis, 1985)“definió a la angustia como trastorno físico que está caracterizado por esa sensación de constricción en cuanto a la ansiedad manifestaron que es trastorno psíquico acompañados de sentimientos de incertidumbre”

Miedo y ansiedad: Miedo es una respuesta concreta ante alguna circunstancia y se aproxima causando inquietud ante un peligro real percibido por algún sentido, donde se pone medidas defensivas para esquivar y superar esa intranquilidad.

Por otra parte la ansiedad es sentir temor ante algo difuso que no tiene determinación produciendo impresión interior del temor, mientras que en el miedo se está produciendo por algo definido. Entonces desde esta perspectiva se puede ir simplificando términos que el miedo es un temor ante algo real y la ansiedad es un temor indeterminado (Virues, 2009).

Estrés y ansiedad: Estos dos términos son muy usados puesto que los dos producen respuestas tanto psicológicas como físicas, el estrés se precede del latín “stringere” que significa tensión física y se refiere a un proceso mucho más amplio de adaptación al medio y la ansiedad es una reacción de tipo emocional de estar alerta ante una supuesta amenaza.

Dentro de las concepciones que se analizaron se pudo evidenciar algunas diferencias entre estas terminologías, en la actualidad para referirse a la ansiedad en ámbito clínico si se marca la diferencia ya que se usa una herramienta fundamental para la clasificación de trastornos mentales como el DSM V, donde se categoriza un apartado para los trastornos de ansiedad, tratando a la angustia como un subtipo de los trastornos de ansiedad, definiendo a la angustia por lo general como un ataque de pánico, que es aplicado como un episodio de miedo intenso teniendo poca duración en cambio a la ansiedad se refiere como un estado permanente de más tiempo.

Tipos de ansiedad:

Ansiedad sana: Es aquella que es adaptativa y que permite responder a los estímulos de modo adecuado, estos estímulos son reales o determinados no son imaginados su reacción es proporcional en duración e intensidad.

Ansiedad patológica: Cuando existe la alerta ante un estímulo no real y aparece una respuesta no adaptativa desproporcionada interfiriendo con el funcionamiento cotidiano y disminuyendo el rendimiento acompañada de una sensación muy desagradable con síntomas físicos y psicológicos. Es decir que la persona no tiene un objeto determinante que le cause la alerta.

Síntomas de la ansiedad:

Síntomas emocionales: La ansiedad causa sensación de inquietud psíquica, desasosiego, nerviosismos, el sentirse sin salida atrapado aborde de un peligro, con pánico miedo, inseguridad.

Síntomas cognitivos: Se traducen como preocupaciones de manera excesiva acerca de acontecimientos reales o imaginarias que pueden estar tanto en el presente como futuro, con anticipación de peligro.

Síntomas conductuales: Tiene inquietud psicomotora, teniendo tendencia al llanto como consecuencia de sentimientos de tener impotencia ante la amenaza real o imaginaria

Síntomas motores: Son temblores, sacudidas maculares, cansancio.

Síntomas somáticos: Son aquellos que aparecen síntomas respiratorios, cardiovasculares, digestivos, sudoración, escalofríos, donde la persona tiene a sentir estos Síntomas que no tiene origen físico.

Según Beck 1995, esquematiza proceso de ansiedad

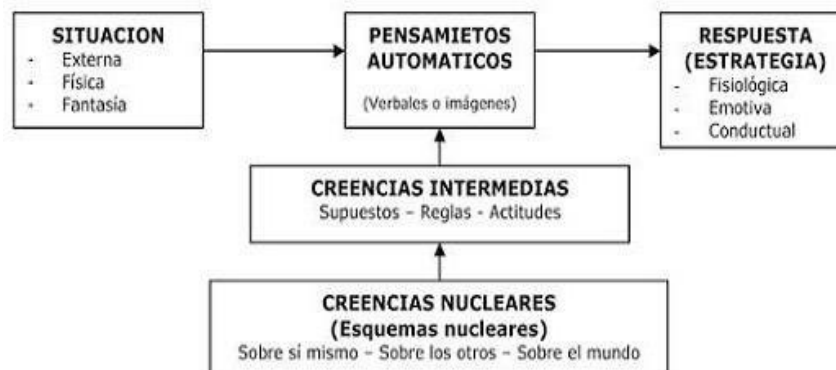


Figura 1 Esquema del modelo cognitivo de Aarón Beck, en base a (Obst, 2008)

Ocurre la situación externa física ya sea real o imaginaria, después ocurre los pensamientos ya sean imágenes o verbales pero de donde nace estos pensamientos de los supuestos y reglas que la persona construye durante su vida siendo positivas o negativas basadas en las creencias nucleares llamada triada cognitiva sobre sí mismo, del resto y sobre el mundo en lo que respecta a las creencias y luego viene la respuesta conductual, cognitiva y emocional ante la situación.

Relación entre las distorsiones cognitivas y la ansiedad

Existe una relación muy común entre las distorsiones cognitivas con la ansiedad indicando que estas creencias distorsionadas tienen su objetivo de intensificar el sufrimiento y hace que se eleve el nivel de ansiedad puesto que las personas que la padecen relacionan estas distorsiones cognitivas con su vida diaria, la mente es prisionera de estos pensamientos rígidos, actuando de forma de trampa hundiendo la lógica, la razón y equilibrio interno donde el mundo que lo rodea se vuelve amenazante sin sustento lógico alguno .

A pesar de que estas distorsiones cognitivas son características de condiciones como la ansiedad cabe recalcar que todas las personas en algún momento han tenido alguna distorsión ya sea de mayor o menor expresión pero no repercutido de mayor grado en la conducta. A diferencia de los sujetos que son predisponentes algún tipo de trastorno como la ansiedad o depresión, y va afectar mucho más profundo su condición. Las distorsiones más comunes en la ansiedad son catastrofismo cuando piensan lo peor que puede suceder para estar preparadas, esta supuestamente es una estrategia para la persona pero lo único que consigue es elevar su ansiedad, el pensamiento dicotómico donde se deduce a lo bueno o malo, de esta forma es atribuir un valor muy extremo a las situaciones sin que exista un término medio acuñando más sufrimiento injustificado.

También está la atracción arbitraria donde tiene percepciones negativas de cada situación de la vida cuando solo se quedan con la parte oscura de los hechos de manera dañina

Para estos individuos. La personalización es una de las distorsiones más frecuentes de la ansiedad es cuando la persona encuentra forma de relacionarse con el entorno sin tener bases algunas, piensa que todo lo que sucede en el ambiente es acerca de ese sujeto.

TÉCNICAS APLICADAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el abordaje de caso clínico donde se realizó un estudio transversal y se necesita herramientas y técnicas que en su forma conjunta van trabajar sistemáticamente para obtener resultados óptimos del estudio, aplicando el método clínico donde se podrá describir los fenómenos que ocurren en el paciente pasando por un proceso de secuencias donde se deben seguir pasos ordenadamente con el fin de llegar al diagnóstico. Es decir esta es una metodología personalizada aplicada a un individuo acorde a su necesidad.

Entrevista clínica semiestructurada: Este es un instrumento importante para la recolección de información de los antecedentes y vida personal del paciente , donde se indagara el origen de sus signos y síntomas en base a esta técnica se utilizó 20 de preguntas de carácter abierto y cerrado para poder puntualizar la información. (ANEXO I)

Observación clínica: Mediante esta técnica se utilizó como herramienta la lista de cotejo para poder detectar las CCR conductas clínicamente relevantes, también se utilizó como como instrumento una computadora ya que la observación se la realizo por video llamada para evidenciar el lenguaje verbal y no verbal expresados mediante gestos. (ANEXO II)

Test psicométricos: se utilizó las siguientes baterías psicométricas

- Test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan 1991 con el objetivo de puntualizar ciertas distorsiones cognitivas en la CCR.(ANEXO III)
- Test de Hamilton ansiedad psíquica y somática, con el objetivo de detectar que tipo ansiedad predomina en el paciente. (ANEXO IV)

Resultados obtenidos:

Desarrollo del caso.- el paciente (E H) de 18 años de edad de sexo masculino de nacionalidad Ecuatoriana, vive actualmente en la Ciudad de Babahoyo y es referida por la docente del Instituto Tecnológico Babahoyo.

El paciente vive en una casa propia de construcción mixta (hormigón y madera) de una planta siendo estructurada de la siguiente manera posee dos habitaciones de dormitorios, un baño, un patio y cocina, el desarrollo del caso se llevó a cabo en cuatro sesiones de psicodiagnostico en la cual tuvo duración de 45 minutos en las siguientes etapas.

En la primera sesión fue el 31 de Julio del 2020, hora 10:45 de la mañana, estableciendo el rapport donde se realizó la introducción al paciente que su información personal es confidencial es decir que nadie más tendrá su uso, explicando que es con fines académico. El rapport de llevo a cabo mediante cordialidad del psicoterapeuta hacia el paciente enfatizando el intercambio de la información en sesiones posteriores.

En la segunda sesión se fue 4 de Agosto del 20 20, hora establecida 10:45 de la mañana, donde fue indagando acerca del problema mediante la entrevista semiestructurada donde se desarrolló las 20 preguntas, donde se pudo recoger información importante acerca de la situación actual, hubo la pasibilidad de realizar la entrevista a la madre, acerca de su proceso de desarrollo infantil hasta la actualidad.

Una vez tomada la información del paciente se consideró realizar la aplicación de test psicométricos que fue el día 17 de Agosto del 2020, 10:45, de la mañana, se aplicó el test de pensamientos automáticos, y el día 20 de agosto se aplicó el test de ansiedad de Hamilton, después se procedió a calificar las respectivas baterías psicométricas.

En la cuarta sesión 25 de Agosto del 2020 hora 10:45, se llevó acabo los resultados de la exploración, pero el paciente menciona que su abuelo había fallecido hace una semana entonces no se pudo dar el resultado de la exploración, se indago acerca su estado de ánimo y cómo afecta su conducta actualmente donde menciona “me siento muy triste y siento

Que me duele el pecho” se exploró sus pensamientos automáticos para después realizar la verificación de los mismos y poder establecer su estado de ánimo.

En la quinta se presentó 27 de Agosto 2020 hora 10:45, se realizó la entrega los resultados al paciente un adecuado desarrollo evolutivo, está presentando en la actualidad cuadros de ansiedad y poca interacción social , provocando falta de motivación en sus actividades diarias, pasando la mayor parte de tiempo con inquietud e intranquilidad, indicando que se volvió a tomar el test de Hamilton para detectar si su estado de ansiedad si ha elevado por la crisis para normativa del paciente mencionada anteriormente y dio como resultado que mantiene su nivel de ansiedad como al inicio .

- En el test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan 1991 que reflejan distorsiones cognitivas como: Sobre generalización, filtraje, falacia de tener razón, falacia de recompensa divina, debería, etiquetas globales culpabilidad, falacia de cambio, falacia de justicia, falacia de control, personalización, visión catastrófica, lectura de pensamiento y pensamiento polarizado fueron las distorsiones que se marcaron en test con una puntuación de mayor de 7 indicando que está afectando de forma directa a la conducta del paciente
- El test de la ansiedad de Hamilton se pudo identificar en la ansiedad psíquica puntaje de 20 que indica ansiedad moderada, pero está afectando sus actividades ya que mantiene contantemente la intranquilidad, la ansiedad somática tiene un puntaje de 20 igual indica ansiedad moderada afectando fisiológicamente al paciente.

Situaciones detectadas

Mediante las técnicas aplicadas anteriormente se pudo analizar que el paciente forma parte de una familia monoparental, ya que su padre murió cuando tenía 3 años casi no tiene recuerdos de su padre y es hijo único, la madre indica que en los dos últimos años esta retraído también comenta que repitió primer años de bachillerato, manifestando que en la anterior institución educativa no presentaba problemas de aprendizaje.

Hace 6 meses aproximadamente está prestando niveles de ansiedad se encierra en su cuarto casi siempre están sudorosas sus manos, cuando tiene que realizar algún tipo de actividad siempre está pensando cómo debe de hacerla.

Presenta constante estado de inquietud en toda ocasión o eventos pensando lo peor que puede suceder de los acontecimientos causándole tensión muscular, se estresa cuando no le dan la razón reflejando un estado de enojo.

Tiende a frustrarse cuando no mejoran las situaciones mencionado que pronto mejoran las cosas solo con el pasar del tiempo, también se adelanta ante hechos que aún no suceden mencionado que pasa lo peor del mundo teniendo miedo a una enfermedad o muerte ya que en la actualidad se presenta la pandemia del covid 19, el paciente siente temor a este virus y generaliza mucho ya que piensa que si a muerto personas con este virus.

También le va a pasar lo mismo a los familiares, casi siempre mortificándose con pensamientos negativos viéndose como si fuera otra persona analizando su vida.

Manifiesta que la sensación de agobio y cansancio la acompañan en toda ocasión estresante sintiéndose incapaz de afrontar situaciones, sintiendo el miedo exagerado ante los acontecimientos de cualquier naturaleza afectando en la toma de decisiones y también a su conducta.

Soluciones planteadas

De acuerdo con el abordaje de la información a través de las técnicas y herramientas aplicadas donde se ha llegado a un diagnóstico, entonces ya se puede elaborar el plan terapéutico de acuerdo a las necesidades de la paciente, dicho esquema terapéutico estará basado en la terapia cognitiva conductual, donde se mide una meta general y para que se logre esta meta existe varias específicas.

La terapia cognitiva conductual que propone Aarón Beck acerca de la ansiedad donde se les manifiesta a los pacientes que su modo de pensar o percibir las situaciones de acuerdo su pensamiento es como se van a sentir, si percibo lo peor del mundo y afectara a su estado de ánimo, esta básica y sencilla afirmación es la base de la TCC, pero sin embargo los individuos no logran reconocer que son sus pensamientos afectan sus estado emocional.

Cuando sucede la activación fisiológica que es intensa y típica en la ansiedad aguda, quienes la padecen no reconocen las bases cognitivas, aunque que falte el reconociendo de la cognición la cual desempeña una función importante entre la situación y el efecto, ejemplo la situación provocadora después viene el pensamiento y como consecuencia la ansiedad.

Los pacientes que lo padecen indican que son las situaciones y no las cogniciones, enfatizando que las situaciones son las únicas responsables de la ansiedad sin tomar las interpretaciones de juicios que realizan cuando suceden acontecimientos.

Disminuir distorsiones cognitivas –

Restauración cognitiva (RC)

- Técnica reconocer y detectar pensamientos automáticos

Es una herramienta básica para poder reconocer los pensamientos automáticos frecuentes en el paciente, ya que por medio del registro que realizará la anotación de pensamientos, emociones y conductas que antes estaban desapercibidas se anotaran para su cuestionamiento posterior con la psicoterapeuta, la cual es su principal objetivo.

Posteriormente que al paciente se haya psicoeducado de como reconocer estos pensamientos, se realiza un registro de cómo detectar esos pensamientos automáticos, en que momentos están presentes, y ante qué circunstancias.

➤ Técnica de ventaja y desventaja de los pensamientos automáticos

Es una técnica muy importante puesto que se pone en manifiesto la validación del pensamiento si es útil o no, a su vez que beneficio tiene para la paciente haciendo referencia al daño que está ocasionando actualmente , se puede plantear una pregunta como la siguiente hasta cuándo va permitir que le siga afectando? Para que la paciente haga insight y se dé cuenta de la situación.

➤ Técnica de cambiar pensamientos distorsionados

Ya que se pudo identificar cada uno de los pensamientos automáticos más frecuentes, que le generan ansiedad se realiza el cuestionamiento con el siguiente análisis funcional. Identificando los factores detonantes es decir ante que situaciones específicamente, después se detecta estos juicios de valor mediante el registro que ya se realizó anteriormente, y cuáles son las respuestas emocionales, cognitiva y conductuales que hace la paciente.

Después se precede al cuestionamiento cognitivo, con el objetivo de llegar a pensamientos alternativos como consecuencia se tendrá nuevas conductas adaptadas

Estabilizar estado de ánimo - Manejo del estado emocional

➤ Técnica de registro de riesgo e incertidumbre

Mediante esta técnica se podrá identificar la intolerancia a la incertidumbre en la preocupación patológica, identificando que situaciones son preocupantes para el paciente, el objetivo de esta técnica es reducir la incertidumbre o aumentar la tolerancia a la incertidumbre, modificando las creencias de riesgo mediante el registro de la incertidumbre donde el paciente anota y después se cuestiona.

➤ Técnica de la preocupación y descatastroficación

Se señala que el paciente mencione una situación preocupante para el psicoterapeuta pueda medir el nivel de preocupación el ejercicio es inducir a el paciente a una preocupación profunda que piense lo peor de la situación, cuando ya esté en el punto de sumergido en sus pensamientos enseñarle que pruebas empíricas tiene de que la preocupación es más controlable de lo que ella cree y orientar que una situación controlable provoca menos ansiedad.

Técnica de entrenamiento de resolución de problemas

A través de esta técnica se señala la confianza o desconfianza del paciente para la resolución de problemas, el objetivo es cambiar las respectivas que tiene la persona ante un problema de verlo no como amenazante sino como un reto o también oportunidad para su desarrollo personal, realizando una lista de identificación del problema, y estableciendo objetivos, para generar nuevas soluciones e implementarlo en sus vida diaria.

➤ Técnica de relajación de Jacobson

Es un técnica fundamental para la ansiedad somática relajando los músculos faciales y corporales que ayudara al paciente a estabilizar su estado emocional ya que se reduce la tensión con una relajación progresiva es decir que poco a poco se va logrando la relajación de los músculos.

Presentación del plan terapéutico de TCC para el trastorno de ansiedad generalizada F41.1				
Hallazgos	Meta terapeuta	Técnica	Numero de sesiones	Resultados esperados

<p>Se detectó algunas distorsiones cognitivas acerca del mismo , del mundo , y de las otras personas (triada cognitiva)</p>	<p>Restauración de los pensamientos distorsionados</p>	<p>Restauración cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica reconocer y detectar pensamientos automáticos • Técnica de ventaja y desventaja de los pensamientos automáticos • Técnica de cambiar pensamientos distorsionados 	<p>4 sesiones</p>	<p>Que el paciente pueda tener pensamientos alternativos</p>
--	--	--	-------------------	--

<p>Se detectó ansiedad somática y psíquica</p> <p>Manos sudorosas</p> <p>Intranquilidad</p> <p>Tensión muscular</p> <p>Nerviosismo</p> <p>Cansancio</p>	<p>Disminuir su estado ansiedad</p>	<p>Estabilizar el estado emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de registro de riesgo e incertidumbre • Técnica de la preocupación y descatastroficacion 	<p>4 sesiones</p>	<p>Que el paciente logre identificar situaciones preocupantes y pueda asumirlas como restos u</p>
---	-------------------------------------	--	-------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de entrenamiento de resolución de problemas • Técnica de relajación de Jacobson 		Oportunidades no como amenazantes.
--	--	--	--	------------------------------------

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A través del análisis del caso elaborado, se identificó que el paciente tiene F41.1 ansiedad generalizada, se llegó a este diagnóstico mediante las técnicas que se aplicaron anteriormente fue evidente su conducta ansiosa ante diferentes situaciones, los síntomas más marcados como cansancio, inquietud frecuente, deterioro social, molestia muscular como lo señala el manual de diagnóstico DSM V, cumpliendo con los criterios diagnóstico.

También se aplicó una batería psicométrica para medir el nivel de ansiedad somática y psíquica dando como resultado de ansiedad moderada pero que le está causando deterioro social en lo concierne ansiedad psíquica, porque su estilo de vida ha cambiado hace 6 meses no realiza las mismas actividades como antes. Afectando también su estado fisiológico puesto está causando síntomas como fatiga, dolor de cabeza, pocas energías para realizar actividades con normalidad.

Durante la exploración clínica se identificó patrones marcados de distorsiones cognitivas en el paciente, ocurre cuando percibe cualquier situación dando interpretaciones erróneas y generándole el estado de ansiedad actual, se lo pudo evidenciar bajo un instrumento de apoyo como es el test de pensamientos automáticos dio como resultado una variedad de distorsiones cognitivas con un puntaje mayor a 7, indicando dificultades en la conducta debido a sus distorsiones.

Clarificando que estas conductas son producidas por distorsiones cognitivas no son parte de los esquemas sino son respuestas de afrontamiento disfuncionales en aquel momento con el objetivo de poder adaptarse a los esquemas ya establecidos, pero existe otra teoría de Beck que manifiesta que las distorsiones cognitivas provienen de los esquemas.

Decir que estos esquemas se han venido formado durante su vida y su información es tomada del entorno es de donde van hacer originarias sus distorsiones acorde a su esquema mental formado.

Relacionando con el caso clínico abordado donde se logró identificar las distorsiones cognitivas en el paciente y desde la teoría cognitiva de Beck argumento lo siguiente que los procesos cognitivos son mecanismos básico en la cual el cerebro va codificando y almacenando la información ya existente (esquemas), que es tomado de su medio desde estos patrones adquiridos se permita la interpretación de lo que se está recibiendo de los estímulos externos, así permitiendo el aprendizaje.

En el procesamiento de la información se produce el error en la valoración de los hechos. Entonces el PI (Paciente Identificado), proporciona valoraciones erróneas porque desde sus estructuras mentales almacena información distorsionada y por ende va a producir fallo en su respuesta ya que estará percibiendo acorde a los patrones información preexistente de las experiencias previas y las mismas actúan de manera de moldes para la percepción de futuros acontecimientos.

PI se le detectó pensamientos distorsionados manifestando que en el medio que la rodea los adquirió, estos pensamientos mediante la exploración realizada se pudo notar que

La madre también posee algunas distorsiones cognitivas lo más evidente es que el paciente pudo acoger desde aquella fuente pero no solo allí sino también de otras situaciones.

Se cumplió con el objetivo principal y se determinó que si afecta las distorsiones cognitivas al estado de ansiedad del paciente por medio de técnicas e instrumentos que fueron empleados para poder identificar conductas clínicamente relevantes.

Se recomienda para mejorar la salud mental del paciente que tome tratamiento psicológico inmediato basado en el esquema terapéutico establecido que va a trabajar las áreas afectadas, porque está causando malestar en su comportamiento de acuerdo con los hallazgos encontrados se debe seguir un tratamiento enfocado en sus distorsiones cognitivas para disminuirlas y también se reducirá su estado de ansiedad puesto que es causa, psicoeducar en su forma de percibir los acontecimiento mediante la reconstrucción cognitiva.

REFERENCIAS

Etchevers, M., & Putrino, N. (Diciembre de 2018). *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*.

Guitierrez, D. (2001). *Cognición y Procesos de Aprendizaje*. . Mexico: Anglo Español A. C.
Red.

Hardy, M., Hardy, P., & Kerneis. (1985). *Enciclopedia Medicina* . Paris: emc.

Hoyos, M., Londoño, N., & Zapata, J. (2008). *Distorsiones cognitivas* . Colombia: ISSN 0124-4906 .

Kantor, J. R. (1924-1926). *Principios de psicología* (Vol. I Y II). New York: Knopf.

Obst, C. J. (2008). *La Terapia Cognitiva. Integrada y actualizada*. Buenos Aires : Catrec.

Piaget, J. (1973). *Psicología de la inteligencia* . Buenos Aires: Psique.

Porto, J., & Merino, M. (2017). *glosario Ilustrado*.

Reyes, A. (2009). *transtorno de ansiedad* .

Silva, S. (2016). “*Distorsiones Cognitivas como posible factor influyente sobre los niveles de Ansiedad en.*

Virues, R. (2009). Estudio sobre la ansiedad . *Revista psicología científica* .

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (1999). *Terapias de Esquemas*. Nueva York: Desclee de Brunwer.

ANEXOS

ANEXO I

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. EXPLORACION 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 PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

ANEXO II

LISTA DE COTEJO

FECHA	PATRONES AGRESIVOS

ANEXO III

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 valore la frecuencia con que suele presentarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

Edad: 12 en adelante

0 = Nunca pienso eso

2= Bastantes veces pienso eso 1= Algunas veces lo pienso

3= Con mucha frecuencia lo pienso **Instrucciones:**

- Lea las preguntas y conteste lo que se le venga primero a la mente

- Marque con un visto la respuesta que para usted sea la más adecuada.

	VALORACION			
	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 de que me traten así!				
9.- Si me siento triste es porque soy un enfermo mental				
10.- 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 estar bien y no tener 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 eso				
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				
22.- Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23.- Si me quisieran de verdad no me tratarían así				
24.-Me siento culpable y es porque he hecho algo malo				
25.- Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				
26.- Alguien que conozco es un imbécil				
27.- Otros tienen la culpa de lo que me pasa				
28.- No debería de cometer estos errores				
29.- No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30.- Ya vendrán mejores tiempos				
31.- Es insoportable, no puedo aguantar mas				
32.- Soy incompetente e inútil				
33.- Nunca podré salir de esta situación				
34.- Quieren hacerme daño				
35.- ¿Y si les paso algo malo a las personas a quienes quiero?				
36.- La gente hace las cosas mejor que yo				
37.- Soy una víctima de mis circunstancias				
38.- No me tratan como deberían de hacerlo y me merezco				
39.- Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				

40.- Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41.- Soy un neurótico				
42.- Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43.- Debería recibir más atención y cariño de otros				
44.- Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45.- Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

Claves de corrección del test de pensamientos distorsionados de Ruiz y Lujan

(1991)

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION
FILTRAJE	1-16-31	
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	
SOBREGENERALIZACION	3-18-33	
LECTURA DEL PENSAMIENTO	4-19-34	
VISION CATASTROFICA	5-20-35	
PERSONALIZACION	6-21-36	
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	
FALACIAS DE JUSTICIA	8-23-38	
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	
ETIQUETAS GLOBALES CULPABILIDAD	11-26-41	
CULPABILIDAD	12-27-42	
DEBERIA	13-28-43	
FALACIA DE TENER RAZON	14-29-44	

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	
------------------------------	----------	--

Interpretación:

Problema al existir un puntaje mayor a seis.

La valoración en sumatoria de cada distorsión corresponde a una escala de puntuación métrica de 0 a 9, la cual se subdivide por un punto de corte para efectos clínicos, si se requiere de intervención psicológica o no, por lo tanto:

Una puntuación de 0 a 4 en el total de cada distorsión indica una afectación menor en el pensamiento automático, pero que no requiere intervención psicológica de consideración, sin embargo, existe como en todo caso la posibilidad de agudización de síntomas.

Una puntuación de 5 a 9 en el total de cada distorsión manifiesta una afectación mayor, que puede ser un indicador de una tendencia a padecer problemas significativos asociados a dicho interpretación.

Tipos de distorsión

Puntuación

ANEXO IV

ESCALA DE ANSIEDAD (TEST DE HAMILTON)

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE APLICACIÓN: _____

El HAM-A sondea 14 parámetros y toma de 15 a 20 minutos para completar la entrevista y para medir los resultados.

Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde:

0=Ausente, 1=Intensidad leve, 2=Intensidad media, 3=Intensidad fuerte, 4=Intensidad máxima (invalidante).

Encierre en un círculo el número correspondiente al nivel de ansiedad que asocia con cada ítem:

No.	SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
1	HUMOR ANSIOSO (Psíquico) :Se preocupa, anticipa a lo peor	0	1	2	3	4
2	TENSIÓN (Psíquico) : Presenta temor, llora fácilmente, se agita, tiembla	0	1	2	3	4
3	MIEDOS (Psíquico) : Miedo a la oscuridad, miedo a extraños, miedo a estar solo, miedo a los animales.	0	1	2	3	4
4	INSOMNIO (Psíquico) : Dificultad para dormir o mantenerse dormido, dificultad con pesadillas	0	1	2	3	4
5	CONCENTRACIÓN Y MEMORIA (Psíquico) : Poca concentración, debilitación de la memoria.	0	1	2	3	4
6	HUMOR DEPRESIVO (Psíquico) : Interés disminuido en las actividades, falta de placer en lo que hace, insomnio.	0	1	2	3	4

7	PROBLEMAS SOMÁTICOS - MUSCULARES : Dolores musculares, contractura.	0	1	2	3	4
8	PROBLEMAS SOMÁTICOS - SENSORIALES: Zumbidos, visión borrosa.	0	1	2	3	4
9	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de debilidad.	0	1	2	3	4
10	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Presión en el pecho, sensación de asfixia, respiración entrecortada.	0	1	2	3	4
11	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Disfagia, náusea o vómito, estreñimiento, pérdida de peso, llenura abdominal.	0	1	2	3	4
12	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Frecuencia urinaria o urgencia, dismenorrea, impotencia.	0	1	2	3	4
13	SÍNTOMAS AUTONOMICOS: Boca seca, rubor facial, palidez, sudor.	0	1	2	3	4
14	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA (Psíquico): Intranquilidad, temblor, marcha, pasos.	0	1	2	3	4

PUNTAJE TOTAL: _____
ANSIEDAD PSÍQUICA: _____
ANSIEDAD SOMÁTICA: _____
APRECIACIÓN: _____

Instrucciones de puntaje HAM-A:
Suma de las puntuaciones de Los parámetros
14-17=Ansiedad Leve
18-24=Ansiedad Moderada
25-30=Ansiedad Severa

ANEXO V



En esta sesión con el paciente fue mediante video llamada, se aplicó el test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan, también se le brindó información de una tarea sobre los pensamientos automáticos que se le envió a realizar.