



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO**

**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)**  
**DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGO CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS SOBRE LOS BUFONIDAES Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DE UNA MUJER DE 23 AÑOS, DEL BARRIO LAS PALMITAS DEL CANTÓN QUINSALOMA DE LA PROVINCIA DE LOS RÍOS.

**AUTOR:**

MONAR VELOZ ADRIANA ELIZABETH

**TUTOR:**

MSC. LOZANO CHAGUAY SILVIA DEL CARMEN

**BABAHOYO - 2020**

## Índice

Resumen .....	I
Abstract .....	II
Introducción.....	1
Desarrollo .....	2
Justificación.....	2
Objetivo general. ....	2
Sustento teórico.....	3
Pensamientos automáticos.....	3
Comportamiento. ....	¡Error! Marcador no definido.
Emociones.....	10
Técnicas aplicadas para la recolección de la información.....	11
Entrevista psicológica. ....	11
Observación clínica. ....	11
Historia clínica. ....	12
Técnicas psicométricas aplicadas. ....	12
Resultados obtenidos .....	13
Situaciones detectadas. ....	15
Solución planteada. ....	17
Conclusiones .....	18
Bibliografía .....	19
Anexos .....	21

## **Resumen**

El autor de este trabajo señala que el caso de estudio es un requisito indispensable de los estudiantes de la Universidad técnica de Babahoyo de la carrera de psicología clínica para la obtención del título de psicólogo clínico. El objetivo general es reconocer los pensamientos automáticos que tiene la paciente sobre los Bufonidaees y la forma de cómo estos impactan en la conducta de una mujer de 23 años, del barrio las Palmitas del Cantón Quinsaloma de La Provincia de Los Ríos. Para identificar el pensamiento automático es importante escuchar a la sujeto, ya que mediante la expresión verbal y corporal se pueden evidenciarlos, los pensamientos automáticos serán determinados por los esquemas mentales del sujeto. Los comportamientos surgen de las emociones y las emociones de los pensamientos, todo estos determinan la conducta de la sujeto de estudio, el caso trabajado se trata de una mujer que tiene fobia específica animal en donde se aplicaron las técnicas psicológicas necesarias para superar ese miedo intenso que eran generados por la presencia de los bufonidaees.

El miedo es una emoción que permite a la sujeto ponerse alerta ante una situación de amenaza ya sea real o imaginaria, no sé debe catalogar a alguien como una persona ansiosa sólo que haya presencia de miedo, en la ansiedad hay presencia de muchos síntomas que perjudican en el desenvolvimiento de la vida cotidiana. El sujeto que tiene fobia hacia un objeto en específico, por lo general va a surgir emociones intensas, descontrol emocional y de esta forma determina su conducta.

**Palabras claves:** pensamientos automáticos – conducta y emociones.

### **Abstract**

The author of this work points out that the case study is an indispensable requirement of the students of the Technical University of Babahoyo of the clinical psychology career to obtain the title of clinical psychologist. The general objective is to recognize the automatic thoughts that the patient has about the Bufonidae and how they impact on the behavior of a 23-year-old woman, from the Las Palmitas neighborhood of the Quinsaloma Canton of Los Ríos Province. To identify automatic thinking, it is important to listen to the subject, since through verbal and corporal expression they can be evidenced, automatic thoughts will be determined by the subject's mental schemes. The behaviors arise from the emotions and the emotions of the thoughts, all these determine the behavior of the study subject, the case studied is about a woman who has a specific animal phobia where the necessary psychological techniques were applied to overcome that intense fear that were generated by the presence of toads.

**Keywords:** automatic thoughts - conduct and emotions.

## **Introducción**

El caso de estudio es un requisito indispensable de los estudiantes de la Universidad Técnica de Babahoyo de la carrera de Psicología Clínica para la obtención del título de Psicólogo Clínico. La línea de la carrera de psicología clínica: prevención y diagnóstico, junto con la sublínea de investigación: trastornos del comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza aprendizaje, son las que guiaron a este trabajo para la aplicación de todos los conocimientos psicológicos que se ha aprendido durante el transcurso de nuestros estudios.

El tema elegido “Pensamientos automáticos sobre los bufonidae y su influencia en la conducta de una mujer de 23 años, del barrio las palmitas del Cantón Quinsaloma de la Provincia de Los Ríos”. Este caso se lo eligió con el fin de reconocer los pensamientos automáticos que tenía la paciente sobre los Bufonidae y la forma de cómo estos impactaron en la conducta de la paciente. Luego de haber reconocido esos pensamientos automáticos, lo que se buscó es modificarlos para que la paciente pierda ese miedo intenso que le llevó a desarrollar fobia hacia el animal.

La información se recolectó mediante la entrevista psicológica, historia clínica y observación clínica, mediante ellas se reconocieron los signos y síntomas que la paciente presentaba, de la cual sirvió para realizar el respectivo diagnóstico psicológico, luego se procedió con la aplicación de técnicas psicoterapéuticas para modificar los pensamientos automáticos.

## **Desarrollo**

### **Justificación**

Este estudio de caso se lo realizó con la finalidad de obtener el título de psicólogo clínico, en este trabajo se aplicó todas las técnicas psicológicas aprendidas durante los semestres de estudios.

Este caso es importante porque se aplicó las técnicas psicoterapéuticas y se identificó que tan eficientes son, este caso de estudio tiene beneficiarios; en primer lugar, está la paciente, ella es la beneficiaria directa porque con la modificación de pensamientos automáticos, el miedo intenso, la ansiedad y demás síntomas que generaban los bufonidaes con su presencia disminuyó y así su conducta fue reformada. La trascendencia es evidente porque la paciente perdió el miedo intenso junto con la ansiedad ante la presencia de los bufonidaes y pueda transitar con seguridad por los lugares en donde se encontraban estos animales, para la estudiante también fue trascendente porque pasó a ser psicólogo clínico, debido a que identificó que tan eficientes son las técnicas aplicadas y además de saber su nivel de conocimiento para aplicar las técnicas encomendadas.

### **Objetivo general.**

Reconocer los pensamientos automáticos que tiene la paciente sobre los bufonidaes y la forma de cómo estos impactan en la conducta de una mujer de 23 años, del barrio las Palmitas del Cantón Quinsaloma de La Provincia de Los Ríos.

## **Sustento teórico**

### **Pensamientos automáticos.**

Para identificar el pensamiento automático de algún sujeto es importante escucharlo, ya que mediante la expresión verbal y corporal se puede evidenciarlos, con estos pensamientos se describen así mismos o relatan al mundo, además de relatar su relación con los demás. Los pensamientos automáticos serán determinados por los esquemas mentales del sujeto. “Las cogniciones han sido divididas en distintos niveles. El nivel más superficial sería el compuesto por los productos cognitivos, también denominados auto diálogo, pensamientos automáticos o autoafirmaciones” (Estévez Ana; Calvete Esther, 2012, págs. 27-35). Los pensamientos automáticos se pueden clasificar en positivos y negativos, claro está que los pensamientos automáticos positivos generan emociones placenteras a diferencia de los negativos que pueden fundar algún trastorno en el estado de ánimo del sujeto.

Los pensamientos automáticos no son controlados, surgen de forma inmediata, sin que el individuo se dé cuenta, por esta razón se es complicado controlarlos y modificarlos. Maquet (2017) explica. “ Los pensamientos automáticos negativos se pueden definir como aquellas frases o imágenes que se nos pasan por la mente que están relacionados con estados emocionales intensos como la depresión, la ansiedad o la ira por ejemplo” (pág. 437).

Tomando en consideración lo que el autor explica, se puede decir que cuando un profesional en el área de la psicología se encuentre con una persona que tiene ansiedad, depresión o cualquier fobia específica, lo primero que se debe hacer es identificar los pensamientos automáticos negativos, para luego pasar a modificar estos pensamientos, y automáticamente la depresión o ansiedad desaparecerán (Maquet, 2017). Las emociones no son más que el efecto de como el sujeto interpreta la realidad en donde se está desarrollando, la causa para que los pensamientos automáticos surjan pueden ser por algún

problema externo, o a su vez maneja la subjetividad acerca de alguna expresión corporal que realice un amigo o conocido y comience a surgir las distorsiones cognitivas que generan malestar emocional.

Los bufonidae, son un grupo de anfibios, el nombre común es sapo, es como normalmente se le conoce. “La familia Bufonidae comprende alrededor de 49 géneros y 592 especies que se distribuyen alrededor del mundo, de las cuales cerca del 15% (89 especies) pertenecen al género *Rhinella*, encontrándose 24 especies de este género en el Perú” (AW, 2015).

La Batracofobia es la sensación de miedo o temor a los batracios, o a los anfibios. Esta Batracofobia se define como la emoción persistente, anormal e injustificada de miedo a los batracios, o a los anfibios. Se diferencia de la bufonofobia debido a que esta es el miedo intenso hacia el sapo y no por toda la familia de bufonidae.

Los pensamientos automáticos negativos se los puede modificar por pensamientos positivos, en donde el sujeto entienda que sus distorsiones cognitivas no le están dejando ver la realidad de manera objetiva, sino todo lo contrario, está calificando la situación conforme a su experiencia y esquema mental. Luis Fernando González-Beltrán; Miguel Argenis Campos-Resendiz; María del Rocío Hernández Pozo; María Araceli Álvarez-Gasca<sup>4</sup>; Jesús Lorenzo Gómez Reséndez (2016) manifiesta. “Las técnicas para la identificación y modificación de los pensamientos automáticos negativos, pronto llegaron a ser la piedra angular de los tratamientos cognitivos, pues se demostró que pueden disminuir significativamente la tensión emocional y la ansiedad” (pág. 776). Para lograr esta modificación de pensamientos el profesional debe conocer los métodos y técnicas que los autores de diferentes enfoques han aportado a la ciencia psicológica, por ejemplo: en terapia cognitivo conductual se encuentra la reestructuración cognitiva, en donde se busca que el paciente modifique los pensamientos automáticos.



Los problemas psicológicos que tenga una persona no va a depender de la clase social en la que se desarrolle; la depresión, ansiedad o cualquier otro tipo de trastornos emocionales dependerá de la forma en como este individuo interprete la realidad en base a su experiencia de vida. Jairo Anibal Ponce Ríos; Darwin Ivan Ruiz Naranjo (2016) mencionan. “Los pensamientos automáticos son procesos que afectan a toda la población en general con variaciones en cuanto a frecuencia e intensidad, siendo perjudiciales a nivel cognitivo, conductual, emocional y fisiológico” (pág. 4). Los pensamientos, emociones y conductas están enlazadas, si un paciente piensa sobre alguna situación penosa, la emoción que va a surgir en Él será de tristeza y por ende su comportamiento va a ser apaciguado, su rostro se va a notar marchito, la expresión corporal cambiará y por medio del lenguaje no verbal el profesional se puede dar cuenta de la emoción que el sujeto esté sintiendo y mediante el lenguaje se podrá identificar el pensamiento.

La ansiedad y las reacciones fóbicas son causados por los pensamientos automáticos negativos. Figueroa (2012) “Beck propuso que los sujetos que padecían esta enfermedad se definían por tres atributos en su pensar: 1) los esquemas, 2) los pensamientos automáticos” (pág. 20). La experiencia de vida permite al individuo realizar sus esquemas mentales, además también interferirá mucho la forma en cómo percibe la realidad y al mismo tiempo este percibir está influenciado por los esquemas mentales.

Las fobias específicas están clasificadas según el Manual de Criterios Diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría –APA y Barbosa ( como se citó en Andrés Camilo Delgado Reyes y Jessica Valeria Sánchez López, 2019), explica que, en diferentes categorías, clasificadas con base en la naturaleza del estímulo fóbico, encontrándose los siguientes especificadores: fobia animal (arañas, insectos, perros), entorno natural (alturas, tormentas de agua), sangre - inyección -herida, situacional y otras” (...)

Para que los síntomas de la fobia específica animal disminuyan de la psiquis del individuo, la constancia por modificar pensamientos automáticos será de suma importancia para la salud mental del paciente. Arturo Bados; Eugeni García Grau (2010) explica:

El paciente dice que, a pesar de haber reestructurado sus pensamientos negativos varias veces en las situaciones temidas, siguen reapareciendo y continúa experimentando ansiedad. Hay que enfatizar la necesidad de practicar repetidamente hasta que la nueva forma de pensar se convierta en habitual. Mientras tanto, la ansiedad seguirá apareciendo y habrá que combatir repetida y deliberadamente los pensamientos automáticos. (pág. 45)

Para que los pensamientos automáticos negativos sean sustituidos por pensamientos más racionales y se conviertan en un hábito, el paciente debe trabajar constantemente tanto en casa como en las entrevistas psicológicas, por ello es que el profesional manda tareas en casa para que el paciente comience a adquirir nuevos hábitos que contribuyen en la salud mental del individuo.

### **Conducta.**

La conducta de la persona se da gracias al sin número de actividades que realiza el sujeto. Salazar (2017) dice que “la conducta de una persona durante un período corto o prolongado, y que incluye cualquier cantidad de acciones individuales” (págs. 136-146 ). El conjunto de estos comportamientos se la conoce como conducta, es importante tomar en cuenta que la conducta es constante, por esta razón cuando se encuentra a sujetos con trastornos psicológicos muy desarrollados, se los va a identificar mediante su conducta porque la misma será constante y prolongada a diferencia del comportamiento que es pasajero y no es tan prolongada.

El comportamiento y las emociones juegan un rol importante para el análisis y diagnóstico de algún tipo de fobias o trastornos ya sean emocionales o conductuales. Maturana (citando a Otero Maria Rita, 2006) menciona que “las emociones son disposiciones corporales dinámicas que especifican el dominio de acciones de las personas y de los animales” (...) las emociones de una u otra forma interfieren en el comportamiento del ser humano, por más que el individuo quiera demostrar lo contrario, las emociones lo delatarán y terminará expresando el malestar mediante el lenguaje o comportamientos.

Los comportamientos surgen de las emociones y las emociones de los pensamientos, cuando un sujeto ha vivido una experiencia desagradable y no lo ha superado aún, es más probable que la presencia de emociones como ansiedad y depresión se hagan presentes, en las fobias específicas el miedo intenso, la ansiedad junto con sus síntomas surgen ante la interpretación que da el individuo al objeto y por lo consiguiente interferirá en la vida del paciente, impidiendo realizar las actividades que más le gustaba hacer; su comportamiento se verá alterado, teniendo conflictos con las personas que le rodean y probablemente hasta problemas en el área laboral, Ferrer (2010) explica. “Las emociones son tantos síndromes fisiológicos cuanto sociales y experienciales y esta triple aproximación que un sano pluralismo metódico exige recibe en este libro un tratamiento, aunque parcial, digno de análisis y meditación” (pág. 4). En las fobias las emociones se hacen presentes, cuando un sujeto tiene fobia a un objeto es más probable que su comportamiento se vea alterado, va a sentir ansiedad cuando se encuentre con el objeto que le genera fobia.

Los pensamientos, emociones y comportamiento están entrelazadas y todas estas variables influyen sobre sí mismas y finalmente como resultado se obtiene el comportamiento. Cobo, (2010) explica que “el comportamiento humano, de acuerdo a la Psicología, son todas las actividades expresadas físicamente por el ser humano y todos sus procesos mentales manifestados por medio de expresiones orales como los sentimientos y los pensamientos, que

un individuo manifiesta” (pág. 116). Mediante el comportamiento se puede identificar los pensamientos y sentimientos que tiene el ser humanos, el lenguaje corporal y verbal son variables importantísimas al momento de analizar un sujeto.

La ansiedad tiene ciertas características en el comportamiento, por ejemplo: sudoración en las manos, agresividad, tembladera del cuerpo, verborrea, impulsividad, además también de presentar síntomas emocionales y fisiológicos, cuando a un individuo le da las crisis de ansiedad, va a sentir que se va a morir, le faltará el aire, por lo contrario al miedo que es una emoción que le pone a salvo al sujeto porque busca seguridad ante factor estresante, por esta razón es que no se debe confundir la ansiedad con el miedo, o cualquier otro comportamiento que sea característica de la personalidad. Galarsi María Fernanda; Medina Ana; Ledezma Carina; Zanin Laura (2011) menciona:

El miedo es el producto de un sistema neural que evolucionó para detectar el peligro, y que hace que el animal genere una respuesta que lo proteja, (...). Hallaron una influencia genética sustantiva en la timidez (temerosidad) de los niños. La conducta tímida en situaciones novedosas es una característica psicológica estable de ciertos individuos. La timidez es considerada, además, como uno de los aspectos más heredables del temperamento humano a lo largo de la vida”. (págs. 89-123)

El miedo es una emoción que permite al sujeto ponerse alerta ante una situación de amenaza ya sea real o imaginaria, no sé debe catalogar a alguien como una persona ansiosa sólo que haya presencia de miedo, en la ansiedad hay presencia de muchos síntomas que perjudican en el desenvolvimiento de la vida cotidiana. El sujeto que tiene fobia hacia un objeto en específico, por lo general va a surgir emociones intensas, descontrol emocional, pero se debe a la presencia de pensamientos automáticos negativos.

Cuando un sujeto interactúa con otro, ambos se verán influenciados, lo cual los llevará a desarrollar el comportamiento, en otras palabras, cada quien tiene un modelo a seguir, en donde adquirirá el comportamiento y por ende influirá en los pensamientos y emociones. Quezada (2010) dice que “aunque el comportamiento individual de dichos elementos resulte ser simple, la interacción de estos produce comportamientos y características del sistema que, como un todo, son diferentes a una agregación lineal de sus conductas individuales” (pág. 4). Los comportamientos se pueden evidenciar como algo simple, pero dentro de la psiquis del ser humano existen muchas funciones que permiten al comportamiento desarrollarse, como punto principal los esquemas mentales tienen que ver con estos comportamientos, la experiencia es lo que permite al individuo crear su esquema mental, es de ahí que surgen los pensamientos automáticos y después de estos las emociones para finalmente verse representado por el comportamiento.

El comportamiento se lo puede modificar o controlar mediante las emociones y pensamientos, cuando una emoción está presente, lo recomendable es reconocerla, porque cuando desde allí se la analizará para proseguir con la aceptación en donde finalmente el comportamiento será controlado y la emoción no se desbordará debido a esto se tendrá como efecto un comportamiento asertivo. Cano Murcia, Sandra Rocío y Zea Jiménez, Marcela (2012) “las emociones son alteraciones súbitas y rápidas que experimentamos desde nuestro estado de ánimo, la mayoría de veces por ideas, recuerdos o circunstancias” (págs. 58-67). Algunas personas no logran superar lo que les tocó vivir en el pasado, la experiencia está latente y el recuerdo sobre lo que sucedió hace que las emociones sumerjan y en el comportamiento se vea expresado, los conflictos consigo mismo y para con los demás serán evidentes, lo recomendable es ir a terapia para que trabaje esa experiencia que no ha superado de lo cual le está afectando emocional y comportamentalmente.

## **Emociones.**

El ser humano es emocional, constantemente siente las emociones, ya sea de tristeza, alegría, enojo, miedo o desagrado. Andrade (2019) dice que “las emociones son parte de nuestra vida cotidiana, urbana, moderna, neoliberal, utilitarista” (pág. 4). Ante las circunstancias el individuo siente emociones y estas son generadas por la percepción y esquema mental del sujeto.

Cuando un sujeto tiene miedo intenso a un objeto, como en el caso de estudio que se está realizando, es más probable que los pensamientos automáticos negativos e irracionales se hagan presentes y estos al mismo tiempo generen emociones como la ansiedad. Bericat (2012) “Las emociones que experimentan los seres humanos juegan un papel fundamental en todos los fenómenos sociales” (pág. 23). No solo en el ámbito social, sino también en el ámbito personal, las emociones son importantes porque ayudan al ser humano sentir y así su vida no sea insípida. Ninguna emoción es mala, que no sea canalizada bien es distinto, todo depende de la percepción del sujeto, porque hasta la tristeza se convierte en depresión, pero todo se estribará del sujeto y como interprete la realidad en donde se desarrolle. Silvia Gutiérrez Vidrio y Margarita Reyna Ruiz (2015) “Las emociones es de gran importancia ya que indican, expresan o revelan las ideas, percepciones y creencias que los individuos construyen sobre aquellos temas que los tocan de manera sensible” (pág. 6).

Mediante la presencia del objeto que genera malestar al sujeto, el mismo puede estar sintiendo emociones intensas debido a su pensamiento automático negativo, “habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo” (Montañés, 2005, p.3). Con la presencia del objeto al que se le tiene fobia, es más probable que el individuo pierda el control emocional y por ende su conducta será salir despavorido, corriendo por el miedo intenso que sentirá al ver al objeto que le genera fobia, así mismo el

funcionamiento de los órganos se verán alterados, el corazón se acelerará, el cerebro reaccionará breve. Desde el momento en que se nace las emociones se hacen presentes, por lo frecuente en los niños el descontrol emocional es normal debido a que el infante no conoce la emoción que está sintiendo y eso le afecta más.

Si el individuo tuvo alguna mala experiencia, eso quedará grabado en su psiquis y si genera malestar psicológico deberá trabajarlo, porque caso contrario esa experiencia seguirá intacta en su memoria y por lo consiguiente generará emociones intensas que le hacen sentir mal. Melamed Andrea (2016) “el rol que la sensación recibe en este esquema es clave, al extremo de que la emoción es ni más ni menos que esa sensación, causada directamente por la respuesta fisiológica desencadenada luego de la percepción del objeto” (págs. 13-38). Cuando una persona tiene fobia específica a un animal, la presencia de miedo y ansiedad será evidente, la paciente presentará síntomas de ansiedad y la fisiología del cuerpo cambiará.

### **Técnicas aplicadas para la recolección de la información**

Para este estudio de caso se aplicaron algunas entrevistas psicológicas, las mismas que sirvieron de ayuda para el proceso de diagnóstico y psicoterapéutico que la paciente deba recibir, las siguientes técnicas psicológicas aplicadas fueron:

#### **Entrevista psicológica.**

La entrevista psicológica ayudó a recolectar la información, las preguntas que se utilizaron para esta entrevista fueron las abiertas y también las preguntas cerradas ya que sirvieron para obtener información y así realizar el respectivo diagnóstico psicológico, para luego proseguir con la intervención psicoterapéutica y ayudar con la solución del problema.

#### **Observación clínica.**

La observación psicológica clínica contribuye para la recolección de información, debido a que el sujeto hará el respectivo análisis al paciente desde el instante que ingresa a la entrevista

psicológica, la observación clínica se basa en que el profesional observe detalladamente los síntomas que expresa la paciente mediante el comportamiento, pensamientos y emociones.

### **Historia clínica.**

La historia clínica no es una técnica, sino una herramienta que se la utiliza para registrar toda la información que se la recolecta mediante la entrevista psicológica junto con la observación clínica, este registro ayudará al profesional ubicarse en el caso, de lo consiguiente a dar un buen tratamiento psicoterapéutico.

### **Técnicas psicométricas aplicadas.**

#### *Escala de ansiedad de Hamilton.*

Max Hamilton, en 1959 creó la escala de Hamilton, contribuye para poder realizar el respectivo diagnóstico de la paciente de este caso, conocer el nivel de ansiedad que tiene ante el objeto que ha desarrollado fobia es imprescindible. La escala está compuesta por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Una puntuación entre 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad. Finalmente, una puntuación de 24 a 30, indica severidad de moderada a severa.

### **Técnicas psicoterapéuticas aplicadas.**

**Reestructuración cognitiva:** Permite modificar la cognición del individuo, contiene



muchas técnicas que ayudan a modificar pensamientos, emociones y conductas del individuo.

**Registro de pensamientos automáticos.** Se registra los pensamientos automáticos que surgen en la paciente para que así el individuo sea consciente de sus pensamientos.

**Desensibilización sistémica: práctica en imaginación.** Se hace imaginar a la paciente para exponerla al objeto fóbico y lograr identificar para luego modificar los pensamientos automáticos negativos que surgen.

**Exposición del objeto estresante.** – Aquí se expone a la paciente al objeto fóbico, en donde se harán presente muchos pensamientos automáticos.

### **Resultados obtenidos**

En este estudio de caso se aplicó los conocimientos psicológicos adquiridos durante el proceso de formación como psicólogos clínicos a una mujer de 23 años, ella nació en Babahoyo el 24 de junio de 1997, se encuentra casada, estudiada en la Universidad técnica de Babahoyo obteniendo el título de tercer nivel, debido a la situación que estamos atravesando no ha podido conseguir trabajo y se dedica a los quehaceres del hogar, la paciente es oriunda del Barrio Las Palmitas, cantón Quinsaloma de la Provincia de Los Ríos.

A continuación, se explicará las 5 entrevistas psicológicas que se le realizó a la paciente:

1. En la primera entrevista se procedió con la presentación, para luego realizar el respectivo encuadre del proceso psicológico, permitiendo así dar a conocer las reglas que se llevaron a cabo dentro de las entrevistas psicológicas, dejando en claro la puntualidad durante el proceso. Luego se procedió a recolectar la información personal de la paciente, conforme se iba intercambiando el diálogo, se generó el rapport, el mismo que permitió crear confianza entre el profesional y para con la paciente, de esta forma se sienta segura de expresar la problemática, luego de enganchar con la paciente se procedió con la demanda o motivo de consulta y recolección de las otras informaciones que permitieron llenar la historia clínica para el respectivo análisis y diagnóstico psicológico.

2. En la segunda entrevista se procedió por realizar un resumen del encuentro pasado, volviendo a dejar en claro las reglas sobre el proceso psicológico que se estaba llevando a cabo, se refortaleció el rapport, por lo consiguiente se procedió con la aplicación de la escala de Hamilton, el mismo que permitió conocer el nivel de ansiedad que tiene la paciente.
3. Luego de analizar la información recolectada, y obtener el respectivo diagnóstico, en la tercera entrevista se procedió con la explicación de la terapia que se ha elegido para trabajar en el problema de la paciente, después de haber comprendido, se procedió aplicar las técnicas psicoterapéuticas del enfoque de la terapia cognitivo conductual, la misma que fue la reestructuración cognitiva: registro de pensamientos automáticos, al finalizar la entrevista se le envió como tarea registrar los pensamientos automáticos.
4. En la cuarta entrevista se procedió con el análisis de los pensamientos automáticos que se los registró en casa, para que la paciente comprenda que los pensamientos negativos de alguna u otra forma influyen sobre el estado emocional y que el miedo que siente es irracional, después de haber comprendido se procedió con la desensibilización sistémica: práctica en imaginación, durante este proceso se va identificando pensamiento y emoción, la paciente se sintió ansiosa cuando se estaba ejecutando este ejercicio, se procedió a preguntar el pensamiento que está teniendo, luego se le pide que modifique ese pensamiento automático negativo por uno positivo y que esté acorde a la realidad, después se le pregunta sobre su estado emocional, evidentemente se sintió más tranquila.
5. En la quinta y última entrevista se procedió a unir las dos técnicas: registro de pensamiento automático y la desensibilización sistémica, para después realizar la exposición del objeto fóbico, la paciente finalmente pudo tener en sus manos al objeto fóbico, en la cual ya no generaba malestar psicológico.

Con todas las técnicas aplicadas, se alcanzó con el objetivo registrado en el plan psicoterapéutico el mismo que es perder la fobia al objeto, el nivel de ansiedad disminuyó notoriamente en la paciente.

### **Situaciones detectadas.**

La sintomatología registrada en la matriz del cuadro psicopatológico de la historia clínica es la siguiente:

**Cognitivo:** revivenciación, con la presencia del animal la paciente se acordaba cuando los compañeros le pusieron el animal en la cara, causando malestar psicológico.

**Afectivo:** La paciente explicó que ante la presencia del animal que le genera fobia le costaba tener el control de sus emociones: lloraba, le daba angustia, tenía miedo intenso y hasta ansiedad, la dificultad para controlar sus emociones era notorio. La paciente ante la presencia el objeto fóbico se descontrolaba emocionalmente.

**Pensamiento:** El pensamiento automático, “el bufonidae me va a brincar y vendrán muchos más” se hacía presente en la paciente, el mismo que generaba el desbordamiento emocional.

**Conducta:** Ante la presencia del animal que le tiene fobia lo único que quiere hacer es correr, sale despavorida del lugar.

**Somático nerviosismo:** Su cuerpo comienza a somatizar y la presencia de escalofrío, dolor del pecho, respiración acelerada y falta de aire, todos estos síntomas son causados por la presencia del budonidae.

**Escala de ansiedad de Hamilton.** – la aplicación heterogénea de este test aplicado, se procedió a llenar los 14 ítems, los mismos que contenían la calificación de escala de Likert, del 1 al 4, cada una de estas opciones presenta síntomas que la paciente exhibió durante la entrevista psicológica en la cual se obtuvo como resultado 19 puntos, la misma que sirvió como referencia y se detectó presencia leve a moderada severidad de ansiedad.

### *Crterios del DSM 5*

La paciente tenía miedo a los bufonidaes desde que estaba en la escuela, sintió que los síntomas aumentaron desde ese instante, han pasado 12 años y la paciente no ha logrado superar el miedo, más bien el miedo ha ido intensificándose. Debido a estas características, junto con la demás información recolectada, se da como diagnóstico 300.29. Fobia específica animal.

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo o la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo o la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación

de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

### **Solución planteada.**

Luego de recolectar y realizar el diagnóstico psicológico correspondiente, se procedió con la aplicación de las técnicas psicoterapéutica de corte cognitivo conductual.

**Reestructuración cognitiva:** La reestructuración cognitiva es un conjunto de técnicas psicológicas que permiten modificar la cognición del paciente y así la percepción y pensamiento contribuya para el bienestar del sujeto.

**Registro de pensamientos automáticos.** Como es conocimiento, los pensamientos automáticos surgen sin que la paciente se dé cuenta y estos a su vez influyen en sus emociones y comportamientos, por esta razón, dentro de este caso se utilizó esta técnica para que la paciente haga consciencia de sus pensamientos negativos y los comience a modificar.

**Desensibilización sistémica: práctica en imaginación.** - antes de la exposición del objeto fóbico se debe realizar la desensibilización cognitiva por medio de la imaginación, en donde se trabaja pensamiento y emociones, si a la sujeto durante este ejercicio se le notaba estresada, angustiada o con miedo, es importante preguntar el pensamiento que está teniendo y modificarlo por otro, de esta forma la paciente cambió su estado emocional.

**Exposición del objeto estresante.** – Luego de realizar el ejercicio anterior, se comenzó con la exposición de objeto fóbico, analizó pensamientos, emoción y conducta, tomando siempre la precaución que el caso lo amerite, si la paciente presenta ansiedad frente al objeto fóbico, es mejor volver hacer una desensibilización sistémica por medio de la imaginación para luego seguir con la exposición del objeto estresante, tomando la distancia correspondiente en donde la paciente se sienta segura, desde ahí se va

trabajando, hasta que la paciente manipule al objeto estresante y se dé cuenta que no hace daño.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Pensamiento automático.  Conducta.	Modificar este pensamiento automático por otro pensamiento más racional y de esta forma la conducta se modificará sola	Reestructuración cognitiva: registro de pensamientos automáticos. Desensibilización sistémica: práctica en imaginación Exposición del objeto estresante	2  1	22/07/2020 – 26/07/2020  30/07/2020	Perder la fobia al sapo, conducta estable y desarrollar pensamientos más racionales sobre el animal.

### Conclusiones

Al realizar este estudio de caso, apoyado por el objetivo general “reconocer los pensamientos automáticos que tiene la paciente sobre los Bufonidae y la forma de cómo estos impactan en la conducta” se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

Con las técnicas aplicadas para la recolección de información, se pudo identificar que los pensamientos automáticos sobre los bufonidae influyen en la conducta, debido a esto, se obtuvo como diagnóstico 300.29. Fobia específica animal.

En los casos de fobia los pensamientos tienen mucho que ver con este miedo irreal que la paciente desarrolló, en muchas ocasiones el miedo pasa a ser angustia la angustia a ansiedad, y para sanar aquello será necesario que acuda a psicoterapia.

En este caso de estudio se ejecutó un buen trabajo psicológico, en donde se permitió a la paciente darse cuenta que sus pensamientos automáticos negativos generaban un miedo que era innecesario y que alteraba su conducta, y como efecto de esto no la dejaban avanzar y en muchas ocasiones apreciar de la naturaleza, debido a la fobia a los bufonidae le generaban emociones que le hacían sentir incómoda.

Las técnicas psicológicas aplicadas contribuyen para la recolección de información y así realizar el respectivo diagnóstico psicológico para proseguir con la aplicación de la psicoterapia que la sujeto de estudio lo necesite.

Como diagnóstico psicológico presuntivo se evidenció que la paciente presentaba fobia específica animal, el mismo que perturbaba su vida cada vez que se encontraba expuesta ante el objeto fóbico, con el trabajo psicoterapéutico desde el enfoque Terapia cognitivo conductual, ella pudo superar la fobia mediante la identificación de los pensamientos automáticos negativos, permitiéndose sentirse segura de sí misma y mostrando otro tipo de conducta.

### **Recomendaciones**

Se recomienda a la paciente realizarse un chequeo psicológico después de unos 4 meses, para que refuerce las técnicas psicoterapéuticas aplicadas y explicadas durante el proceso del tratamiento, de esta forma siga fortaleciendo y convencerse más en que los pensamientos automáticos influyen sobre su conducta y emociones.

### **Bibliografía**

Andrade, A. G. (2019). Neurociencia de las emociones: la sociedad vista desde el individuo. Una aproximación a la vinculación sociología-neurociencia. *Sociológica (México)*, 4.

- Andrés Camilo Delgado Reyes y Jessica Valeria Sánchez López. (2019). Miedo, fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 810.
- Arturo Bados; Eugeni García Grau . (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. . Barcelona: Universidad de Babahoyo .
- Bericat, E. (2012). Emociones. *Sociopedia.isa*, 23.
- Cano Murcia, Sandra Rocío; Zea Jiménez, Marcela. (2012). Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida. *Cano Murcia, Sandra Rocío; Zea Jiménez, Marcela*, 58-67.
- Cobo, C. E. (2010). *El Comportamiento humano*. Valle del Cauca: Universidad del Valle.
- Estévez Ana; Calvete Esther. (2012). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*, 27-35.
- Ferrer, S. (2010). Las Emociones. *Mediterráneo*, 4.
- Figuroa, G. (2012). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 20.
- Galarsi María Fernanda; Medina Ana; Ledezma Carina; Zanin Laura. ( 2011). Fundamentos en Humanidades. *Fundamentos en humanidades* , 89-123.
- Jairo Anibal Ponce Ríos; Darwin Ivan Ruiz Naranjo. (2016). *Pensamientos automáticos y calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General docente de Riobamba periodo Junio - Noviembre 2016*. Chimborazo: Universidad Nacional de Chimborazo .
- Luis Fernando González-Beltran; Miguel Argenis Campos-Resendiz; María del Rocío Hernández Pozo; María Araceli Álvarez-Gasca<sup>4</sup>; Jesús Lorenzo Gómez Reséndez. (2016). Balance entre pensamientos automáticos positivos y negativos y su



relación con el desempeño académico con estudiantes de Ingeniería. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.*, 776.

Maquet, Y. G. (2017). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 437.

Melamed Andrea. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis de la filosofía de la mente. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, 13-38.

Montañés, M. C. (2005). Psicología de la emoción: proceso de la emoción. *Ciencia*, 3.

Otero Maria Rita. (2006,). Emociones, Sentimientos y Razonamientos en Didáctica de las Ciencias. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias*, 24.

Quezada, A. (2010). Sistemas Complejos y Comportamiento Humano. *Polis (Santiago)*, 4.

Salazar, P. H. (2017). Análisis de modelos de comportamiento en la búsqueda de información. *Universidad Complutense de Madrid*, 136-146.

Silvia Gutiérrez Vidrio; Margarita Reyna Ruiz. (2015). El papel de las emociones en la incitación al consumo. Análisis de un programa radiofónico de corte religioso. *Comunicación y sociedad*, 6.

## Anexos

Escala de Ansiedad de Hamilton	
Nombre del paciente:	
Fecha de evaluación	Ficha clínica:

<b>1</b> <b>Ansiedad</b>	<b>Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.</b>	Puntaje
	<b>0</b> El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	<b>1</b> Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	<b>2</b> El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	<b>3</b> La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	<b>4</b> La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
<b>2</b> <b>Tensión</b>	<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>	Puntaje
	<b>0</b> El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	<b>1</b> El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	<b>2</b> El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	<b>3</b> La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	<b>4</b> La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
<b>3</b> <b>Miedo</b>	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>	Puntaje
	<b>0</b> No se encuentran presentes	
	<b>1</b> Presencia dudosa	
	<b>2</b> El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b> Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b> La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

<b>4</b> <b>Insomnio</b>	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	Profundidad y duración del sueño usuales	
	<b>1</b>	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	<b>2</b>	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	<b>3</b>	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	<b>4</b>	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
<b>5</b> <b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	<b>2</b>	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	<b>3</b>	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	<b>4</b>	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
<b>6</b> <b>Animo deprimido</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	Animo natural	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	<b>2</b>	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	<b>3</b>	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	<b>4</b>	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
<b>7</b>	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>		

<b>Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	<b>0</b>	No se encuentran presentes	Puntaje
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

<b>8</b> <b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	<b>2</b>	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	<b>3</b>	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>9</b> <b>Síntomas cardiovasculares</b>	<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes	
	<b>2</b>	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	<b>4</b>	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>10</b> <b>Síntomas respiratorios</b>	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presente	

	<b>1</b>	Dudosamente presente	
	<b>2</b>	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	<b>4</b>	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>11</b>	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		Puntaje
<b>Síntomas gastrointestinales</b>	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>12</b>	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		Puntaje
<b>Síntomas genito urinarios</b>	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	<b>2</b>	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>13</b>	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>		Puntaje
<b>Síntomas autonómicos</b>	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	

	<b>2</b>	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>14</b>	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando</b>		Puntaje
<b>Conducta durante la entrevista</b>	<b>0</b>	El paciente no parece ansioso	
	<b>1</b>	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b>	El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b>	El paciente está claramente ansioso	
	<b>4</b>	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

## 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**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
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**

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta Terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de Sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados Obtenidos</b>

Firma del pasante