



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

## **MI ESTUDIO DE CASO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO CLÍNICO**

### **TEMA:**

**INCIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS EN UN CASO DE  
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ATENDIDO EN EL  
CONSULTORIO PSICOLÓGICO DE LA PARROQUIA SANTA ANA DEL  
CANTÓN GUAYAQUIL**

### **AUTOR:**

**JUAN FRANCISCO SORIANO SILVA**

### **TUTOR:**

**ROBERTO KLEBER BETANCOURT MALDONADO**

### **LECTOR:**

**ALEMANIA VALENCIA**

**BABAHOYO - NOVIEMBRE 2018**



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



**DEDICATORIA**

*El siguiente estudio de caso lo quiero DEDICAR a todas las personas maravillosas que me han motivado a culminar una etapa muy importante en mi vida profesional, en especial lo dedico a DIOS, por regalarme la vida ya que sin ella nada de esto se hubiese concretado.*

*A mi familia hermosa por estar pendiente de mí, y sobre todo por todo su apoyo incondicional.*

*A mi hija que son el motor principal de mi existencia.*

*A mis padres que me enseñaron a alcanzar mis metas.*

*A mi segunda familia por haber confiado en mí y por corregirme y direccionarme a ser un mejor ser humano.*

*A mis compañeros de aula, gracias por haber compartido conmigo esta linda etapa junto a mí.*

**JUAN FRANCISCO SORIANO SILVA**



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



**AGRADECIMIENTO**

*El agradecimiento de este proyecto educativo va dirigido a DIOS, por ser esa fortaleza constante en mi vida, a mis docentes de esta noble institución educativa, por ser guías del saber. A mi hija porque cada lucha que doy es pensando en nuestro futuro, a mi esposa por estar a mi lado siempre en cada paso que doy, a mis compañeras de aula por siempre ser más que eso, por ser mis amigas y compartir muchos momentos inolvidables, a toda mi familia que me brindaron su apoyo y me alentaron a seguir cumpliendo mis sueños.*

**JUAN FRANCISCO SORIANO SILVA**



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



**AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL**

Yo, **Juan Francisco Soriano Silva**, portador de la cédula de ciudadanía 0921460424 en calidad de autor (a) del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, previo a la Obtención del Título de **Psicólogo clínico**, declaro que soy autor (a) del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

**INCIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ATENDIDO EN EL CONSULTORIO PSICOLÓGICO DE LA PARROQUIA SANTA ANA DEL CANTÓN GUAYAQUIL**

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

**JUAN FRANCISCO SORIANO SILVA**  
**CI. 0921460424**



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



**CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL  
DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL  
EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCIÓN.**

Babahoyo, [dd, mm, año]

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, designado por el Consejo Directivo con oficio [número\_de\_oficio], con [fecha\_del\_oficio], mediante resolución [N° de resolución], certifico que el Sr. Juan Francisco Soriano Silva, ha desarrollado estudio de caso titulado:

**INCIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ATENDIDO EN EL CONSULTORIO PSICOLÓGICO DE LA PARROQUIA SANTA ANA DEL CANTÓN GUAYAQUIL.**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

  
**PSIC. ROBERTO KLEBER BETANCOURT MALDONADO**  
**DOCENTE DE LA FCJSE.**



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



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR DEL  
DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL  
EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCION.**

**Babahoyo, [dd, mm, año]**

En mi calidad de Lector del Informe Final documento probatorio dimensión práctica del examen complexivo, designado por el Consejo Directivo con oficio [número\_de\_oficio], con [fecha\_del\_oficio], mediante resolución [N° de resolución], certifico que el Sr. **Juan Francisco Soriano Silva** ha desarrollado el documento probatorio dimensión práctica del examen complexivo cumpliendo con la redacción gramatical, formatos, Normas APA y demás disposiciones establecidas:

**INCIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ATENDIDO EN EL CONSULTORIO PSICOLÓGICO DE LA PARROQUIA SANTA ANA DEL CANTÓN GUAYAQUIL**

Por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento probatorio dimensión práctica del examen complexivo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

  
**MSC. ALEMANIA VALENCIA**  
**DOCENTE DE LA FCJSE.**



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



## **RESUMEN**

Este trabajo de estudio de caso de un usuario diagnosticado con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, nos ayudó primero a evidenciar y aclarar el tema de los pensamientos automáticos y como estos pueden llegar a afectar significativamente en nuestras vidas si no son interpretados de una manera adecuada, afectando de esta manera la conducta de la persona, ahora poder encontrar la solución a esta situación muy común en el campo de la psicología es un reto, pero debo esforzarme en encontrar la solución más adecuada.

Este trabajo buscara fortalecer los conocimientos sobre cómo identificar los pensamientos automáticos y a la vez como influyen a desarrollar el trastorno antes mencionado y así poder usar las técnicas más adecuadas para solucionarlo, y junto a la terapia cognitiva conductual la cual ha dado muy buenos resultados en este tipo de patologías buscaremos dar al usuario las mejores técnicas de afrontamiento a su problemática.

No ha sido fácil transcribir todo este proceso psicológico lleno de características, situaciones y acciones como las terapias en una estructura de estudio de caso, pero gracias a la ayuda y colaboración de mi tutor y lectora de seguro poder realizar un excelente trabajo.



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



**RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL DOCUMENTO  
PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN  
COMPLEXIVO**

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO PROBATORIO  
DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO, TITULADO:

**INCIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS EN UN CASO DE  
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ATENDIDO EN EL  
CONSULTORIO PSICOLÓGICO DE LA PARROQUIA SANTA ANA DEL  
CANTÓN GUAYAQUIL**

**PRESENTADO POR EL SEÑOR: JUAN FRANCISCO SORIANO SILVA**

**OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:**

7,60 (Siete sesenta)

**EQUIVALENTE A:**

**TRIBUNAL:**

**MSC. NARCISA PIZA BURGOS**  
**DELEGADO DEL DECANO**

**MSC. VICTOR ROMERO**  
**DELEGADO DEL CIDE**

**DR. JOSELO ALBAN CRAND**  
**COORDINADOR DE CIDE**

**AB. ISABEL BERRUZ MOSQUERA**  
**SECRETARIA DE LA**  
**FAC.CC.JJ.JJ.SS.EE**







Babahoyo, 01 de octubre del 2018.

### INFORME FINAL DEL SISTEMA URKUND

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo del Sr. **SORIANO SILVA JUAN FRANCISCO**, cuyo tema es: **INCIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ATENDIDO EN EL CONSULTORIO PSICOLÓGICO DE LA PARROQUIA SANTA ANA DEL CANTÓN GUAYAQUIL**, certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de **8%**, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Informe Final el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

URKUND

Documento: 11.000.04010296  
Fecha: 2018-09-17 17:00:48 (UTC)  
Usuario: juanfrancisco.soriano.silva  
Mensaje: Informe final del sistema antiplagio

Wikipedia: [https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno\\_de\\_ansiedad\\_generalizada](https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_de_ansiedad_generalizada)  
Psicología: <https://www.elsectoresalud.com/psicologia/>  
Trastorno de ansiedad generalizada: <https://www.elsectoresalud.com/trastorno-de-ansiedad-generalizada/>  
Síntomas: <https://www.elsectoresalud.com/sintomas/>  
Causas: <https://www.elsectoresalud.com/causas/>  
Tratamiento: <https://www.elsectoresalud.com/tratamiento/>

Alternativa titular

El resultado de este que se presenta en el presente trabajo consiste en la transcripción del documento a un archivo que presenta una similitud de 8% a la redacción de este trabajo. En el presente caso, el resultado de este análisis de similitud de 8% indica que el documento no tiene similitud con los documentos de la base de datos de este sistema de detección de plagio. Este resultado indica que el documento no tiene similitud con los documentos de la base de datos de este sistema de detección de plagio.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.

  
Psic. Cln. Roberto Betancourt Maldonado  
DOCENTE DE LA FCJSE

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	iv
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR .....	v
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR .....	vi
RESUMEN .....	vii
RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO.....	viii
INFORME FINAL DEL SISTEMA URKUND .....	ix
1. Introducción.....	1
MARCO METODOLÓGICO .....	2
1.1. Definición del Tema del Estudio de Caso .....	2
1.2. Planteamiento del problema .....	2
1.3. Justificación.....	3
1.4. Objetivo .....	3
1.5. Fundamentación Teórica .....	3
1.6 Hipótesis .....	11
1.7 Metodología.....	12
CAPÍTULO II.....	15
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
2.1. Desarrollo del caso .....	15
2.2. Situaciones detectadas .....	16
2.3. Soluciones planteadas.....	17
2.4. Conclusiones.....	22
2.5. Recomendaciones .....	23
Bibliografía.....	25
ANEXOS	

## **1. Introducción**

El estudio de caso que se presenta en el presente trabajo consiste en la intervención psicoterapéutica con un paciente que presentaba ansiedad severa previa a la rendición de exámenes en el colegio, este cuadro sintomatológico ha venido acompañado de comportamientos obsesivo que le han predisposto a experimentar la ansiedad crónica característica del trastorno de ansiedad generalizada la misma que a través del debido procedimiento de evaluación le ha sido diagnosticado, esta psicopatología ha interferido significativamente en las diferentes áreas funcionales del sujeto.

Utilizando esta herramienta para el registro de pensamientos automáticos como lo es la agenda del registro de pensamientos y usando como marco de referencia la terapia cognitiva, se propone utilizar esta técnica para poner a prueba la validez de las creencias de dicho cliente realizando un barrido desde los pensamientos más accesibles a las creencias más nucleares, encontrando qué estrategias compensatorias utiliza para sobrellevar esas creencias. Analizando los mecanismos que las mantienen, se describen también los objetivos para diseñar un esquema terapéutico cognitivo-conductual que conlleve a modificar las creencias desadaptativas, relacionadas con la excesiva devoción al estudio, reduciendo el grado de activación y el tiempo dedicado al estudio.

Los objetivos propuestos se obtuvieron en un proceso de catorce sesiones terapéuticas encontrándose actualmente el paciente en fase de seguimiento para prevenir posibles recidivas del trastorno.

# CAPÍTULO I

## MARCO METODOLÓGICO

### 1.1. Definición del tema del estudio de caso

Incidencia de los pensamientos automáticos en un caso de trastorno de ansiedad generalizada atendido en el consultorio psicológico de la parroquia Santa Ana del cantón Guayaquil.

### 1.2. Planteamiento del Problema

¿Cómo inciden los pensamientos automáticos en el Trastorno de Ansiedad Generalizada en un caso de atendido en el consultorio psicológico de la Parroquia Santa Ana del Cantón Guayaquil?

En el consultorio psicológico de la Parroquia Santa Ana del Cantón Guayaquil son atendidos diariamente una considerable cantidad de pacientes que presentan una variedad de sintomatologías clínicas que comprenden al área de atención por parte del psicólogo, dentro de estos los trastornos de ansiedad se encuentran entre los que más afecta a esta población

Por lo antes mencionado vale recalcar lo importante que es la realización de este estudio investigativo debido a la falta de estrategias técnicas que permitan identificar los procesos psicológicos que producen, en este caso el Trastorno de Ansiedad Generalizada facilitaría el establecimiento de técnicas de la Terapia Cognitiva – Conductual para el tratamiento adecuado de esta psicopatología.

### **1.3. Justificación**

Los pacientes que presentan el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) presentan preocupaciones y ansiedad excesivas, persistentes y difíciles de controlar sobre una serie de áreas, tales como familia, salud, amigos, trabajo, escuela, economía y vida cotidiana, las preocupaciones y la ansiedad van asociadas a síntomas como inquietud o nerviosismo, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño.

La presente investigación se llevó a cabo con el propósito de aportar al Objetivo 3 (SENPLADES, 2014) del Plan Nacional del Buen Vivir que pretende mejorar la calidad de vida de los habitantes de nuestro país y su reinserción funcional a sus actividades cotidianas.

Este estudio aportará con directrices metodológicas para el tratamiento de este desorden comportamental, así como abrir caminos a futuras investigaciones en el área psicológica lo que contribuirá a un mayor entendimiento de esta patología que afecta a un número considerable de personas.

### **1.4. Objetivo**

Determinar la incidencia de los pensamientos automáticos en el Trastorno de Ansiedad Generalizada utilizando Técnicas Cognitivas Conductuales en un caso de atendido en el consultorio psicológico de la Parroquia Santa Ana del Cantón Guayaquil

### **1.5 Fundamentación Teórica**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) fue incorporado en el DSM-V (APA, 2014) en los trastornos de la infancia como en la adolescencia. Para evaluar el diagnóstico de TAG en las poblaciones infanto–juvenil esta debe requerir : que se presente ansiedad

y preocupación excesiva, que deben estar asociadas a estos síntomas como la somatización la impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración de sueño, ante un amplio eventos y actividades que la mayoría de las veces suelen ser de origen de preocupaciones acerca del rendimiento escolar, como el perfeccionismo, los estados de salud propio tanto de los familiares, amigos cercanos, relaciones sociales, que se prolongue mínimo un periodo durante seis meses.

Entre el 15% y un 20% de la población infanto-juvenil pódese algún trastorno de ansiedad, siendo unos de las demandas con más frecuencias en las Unidades de Salud Mental (Michanie ., 2013) .De acuerdo con los datos epidemiológicos en problemas de ansiedad, la edad estimada de los infantes que padecen es 13 años de edad. Se diferencia en función del sexo, ya que las niñas presentan más ansiedad que los niños en todos los trastornos menos en el trastorno obsesivo-compulsivo.

La etiología del TAG es desconocida; el origen y mantenimiento de los trastornos fóbicos se conoce muy poco. Las causas son varias ya que estas pueden dar lugar a un trastorno de ansiedad. Los eventos estresantes, como el método educativo de los padres, el propio carácter del niño, la fragilidad de cada niño, los factores sociales y culturales son causa que condicionan la aparición de trastornos de ansiedad en la infancia según Echeburúa y Corral (Corral, 2014).

### **Identificación de los pensamientos automáticos (PA) según el Modelo Cognitivo-Conductual**

El modelo cognitivo afirma que la interpretación de un hecho (más que el hecho mismo), a menudo es expresada en forma de pensamientos automáticos, esta influye en las emociones, como el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente. Por supuesto, coexisten acontecimientos que son universalmente traumáticos, como ser agredido, sufrir un rechazo o fracaso. Los individuos con trastornos psicológicos, suelen a menudo percibir mal las situaciones neutras o hasta positivas y distorsionan sus pensamientos automáticos.

Al deliberar críticamente estos pensamientos y al modificar los errores, en muchos casos se sienten mejor.

### **Características de los pensamientos automáticos**

- Constituyen un flujo de pensamientos que coexisten con otro flujo de pensamiento más manifiesto.
- No pertenecen solo a las personas con trastornos psicológicos, sino que son una experiencia común a todos.
- La mayoría del tiempo no tenemos demasiado registro de ellos, pero con entrenamiento podemos traerlos a la conciencia.

Si somos conscientes de nuestros pensamientos y no padecemos un trastorno psicológico, automáticamente podemos controlar su grado de realidad.

Un lector de un diario, por ejemplo, mientras está concentrado en la lectura, podría sostener el siguiente pensamiento automático: "no puedo entender esto" y sentirse levemente ansioso. Sin embargo, posiblemente el individuo pueda que responda a este pensamiento voluntariamente (sin ninguna conciencia explícita) de una manera productiva "en realidad entiendo pocas partes. Volvamos a leer nuevamente este apartado".

Esta comprobación automática de la realidad y el resultado de los pensamientos negativos es una experiencia habitualmente frecuente. Los individuos que padecen alteraciones a menudo no realizan este examen crítico. La terapia cognitiva les suministra las pautas para evaluar sus pensamientos de una manera consciente y estructurada, principalmente cuando el individuo se siente perturbado.

Pese a que los pensamientos automáticos aparentemente surgen de forma espontánea, una vez que el usuario logra definir estas creencias subyacentes, se vuelve predecible. El terapeuta cognitivo está interesado en identificar estos pensamientos disfuncionales, es decir aquellos que están distorsionando la realidad, que los que están afectando emocionalmente y/o interfieren con la capacidad del usuario para lograr sus objetivos. Los pensamientos automáticos disfuncionales la mayoría de las veces suelen ser siempre negativos, a menos que el usuario sea maniaco o hipomaniaco, o padezca un trastorno narcisístico de la personalidad o sea un drogodependiente.

Los pensamientos automáticos suelen ser episodios cortos y a menudo son más conscientes de la emoción y de la experiencia como efecto del pensamiento del mismo. Al tomar asiento en la sesión, por ejemplo, el usuario llega a presentar cierto nivel de angustia y es consciente de su estado, triste irritado o incomodo, sin embargo, este no puede tener conciencia de sus pensamientos automático hasta que el terapeuta indaga al respecto.

La emoción que experimenta el usuario está conectada de forma muy lógica con el contenido del pensamiento automático. Por ejemplo, el usuario cree: "no estoy seguro de que debería de estar aquí", aquello es para dementes, porque me han obligado a que venga, y empieza a sentirse angustiado. Lo que pasa es que le inquieta que sus amigos (los poco que tiene) se lleguen a enteren de que está recibiendo terapia psicológica.

Los pensamientos automáticos se manifiestan de forma muy "escueta", pero habitualmente el usuario logra manifestarlo cuanto el terapeuta hace pregunta acerca del significado de ese pensamiento. Pensamientos automáticos (Peurifoy, 2013) pueden aparecer de manera verbal, visual o de ambas formas. Además de estos pensamientos verbales automáticos a la vez el paciente se visualiza (se ve parado exponiendo mal una exposición).

Los pensamientos automáticos se evalúan según su validez y utilidad (Ellis, 2015. V edición) . La mayoría de estos pensamientos están distorsionados y de esta manera dan



pautas a que existan evidencias o mostrar lo contrario. Los tipos de pensamientos automáticos son apropiados, pero el usuario suprime las conclusiones distorsionadas. Por ejemplo: "me va a tomar mucho tiempo aprender esto. Tendré que levantarme temprano mañana". Este pensamiento era indudablemente correcto, pero incrementaba su angustia y reducía su concentración y su motivación de estudiar.

Los pensamientos automáticos coexisten de manera en que se manifestaba en forma de pensamientos, y aparecen automáticamente y estos no se fundamentaban en la reflexión o en la refutación de aquellas ideas. Los usuarios a veces son más conscientes de la emoción que se vinculan a los pensamientos, pero con un corto entrenamiento dominan y logran llevarlos a la conciencia.

Los pensamientos vinculados con el problema personal, se asociaban con las emociones específicas, ya que estas dependían de su contenido y significado erróneo. La mayoría de estos pensamientos automáticos, suelen darse de forma superficial y fugaz estos pueden aparecer en forma ya sean verbal y/o de manera de imágenes. Los usuarios aceptan erróneamente estos pensamientos como si estos fueran reales, sin meditarlo sobre aquello sin ni siquiera evaluar aquel pensamiento. La identificación de estos pensamientos automáticos, su valoración y la manera más adaptativa corresponde a ellos suele percudir cambios positivos en las emociones.

### **Cómo controlar las emociones y los pensamientos automáticos**

Una de las habilidades más utilizadas actualmente en los diferentes ámbitos sociales y/o laborales es saber cómo se deben utilizar aquellas estrategias de control emocional y pensamientos que se están generando como respuesta a una situación.

## **La regulación emocional**

La regulación emocional o el control emocional es la capacidad que tiene el usuario de afrontar o manejar aquellas emociones de forma apropiada (Deffenbacher, 2013). Consiste en conocer cómo dirigir y manejar aquellas emociones que le están afectando, estas ya sean positivas como negativas de manera apropiada.

### **El componente esencial del control emocional es cognitivo**

El factor esencial de la regulación emocional es de índole cognitivo ya que esta será el estilo de interpretación hacia las situaciones fijas como son aquellas que condicionan al usuario. Por ejemplo, la manera en la que este interpreta ya sea un comentario negativo que nos hacen, que puede ser interpretado como una ofensa, lo que genera una respuesta emocional de enojo o descontento hacia esa persona, o por el contrario este puede ser interpretado de una manera positiva y por tanto, el descontento o malestar desaparecerá. Es por esto que el control de los pensamientos garantiza la estabilidad emocional.

### **El control corporal incide en la regulación emocional**

Otros de los factores básicos de la regulación emocional hacen referencia al control corporal, ya que la intensidad emocional está fuertemente ligada con la activación fisiológica. Tenemos, la relajación muscular el control de la respiración consiste tener un control de las emociones facilitando la inestabilidad de las reacciones afectivas.

Cómo se debe manejar las emociones

Implica regular las emociones:

- **Tomar conciencia de la interacción que existe entre emoción, cognición (pensamientos) y comportamiento:** los estados emocionales alteran el

comportamiento además éstos percuten en la emoción y ambos pueden regularse por la cognición.

- **Expresar las emociones de forma apropiada:** Al interpretar el estado emocional interno no es preciso corresponder con la expresión externa, tanto como uno mismo como en los demás.
- **Autocontrol de la impulsividad** (ira, enojo, conductas de riesgo), **tolerancia a la frustración** para notificar estos cambios emocionales negativos (estrés, angustia, depresión).
- **Afrontar emociones negativas** utilizando estrategias como auto-regulación que corrijan la intensidad y la duración de aquellos estados emocionales.
- **Autogenerar** de manera voluntaria y consciente **emociones positivas** (alegría, amor, autoconcepto positivo) y auto-gestionar el propio bienestar para una mejor calidad de vida. Si bien convencionalmente se ha intervenido considerando que el estado emocional solamente requiere de las emociones negativas, un análisis amplio de lo que significa la enseñanza emocional considerando obligatoriamente las destrezas para incluir la inducción de emociones y estados de ánimo positivos en uno mismo y en los demás.

## **Control emocional**

Responder de manera apropiada antes las emociones que experimentamos.  
Elemento básico del aprendizaje emocional.

Componentes importantes:

- Tolerancia a la frustración
- Manejo de la ira
- Capacidad de aplazar gratificaciones
- Habilidades para enfrentar situaciones de conflicto, por ejemplo, incitación a la ingesta de alcohol.

- Desarrollo de la empatía

Técnicas para una mejor la regulación emocional:

- Diálogo interno
- Control de estrés (distracción, relajación, respiración)
- Auto-afirmaciones positivas
- Asertividad
- Reestructuración cognitiva
- Imaginación emotiva
- Atribución causal

**Sugerencias** didácticas y actividades para mejorar la regulación emocional:

Aclaraciones contextuales previas:

- En todas las actividades y debates que se llevan mediante un mensaje que debe transmitirse de la siguiente manera: «No se pueden ni se deben evadir, las emociones: si sentimos pavor, hay que expresarlo. Sin excepciones, hay que esforzarse para lograr obtener el control de estas y según la intensidad ver como estabilizar las emociones negativas asimismo tratar de emplear o evocar las positivas».
- **Distinguir entre sentimientos y emociones:** las emociones son de formas adecuadas pero ciertas formas de expresarlas no lo son. Es conveniente entender que las diferentes emociones se pueden manifestar de diferentes formas, como por ej., el disgusto se puede manifestar sin la necesidad de llegar a irritarse, atacar, golpear ofender, mediante las palabras, comunicando con seguridad cómo nos sentimos. Se enfoca en el autocontrol de la conducta y muy poco en el autocontrol emocional.
- Introduciéndonos en las definiciones teóricas sobre el manejo emocional el significado de aquel pensamiento empleado y así poder apreciar lo que acontece.

Exponer a los alumnos que según lo que piensen de tal manera se sentirán. Por ej., si piensan “Esto no seré idóneo de hacerlo bien”, en aquel momento se sentirán desanimados. No obstante, si piensan “Lo podré lograr si me sacrifico un poco”, luego se sentirán esperanzados, ilusionados y animados.

### **Los pensamientos automáticos:**

Los pensamientos automáticos se relacionan muchas veces con estados emocionales intensos (como la depresión, la euforia, la irritación o la angustia) diferenciándose de la manera de razonar y análisis que pueden llevarse en situaciones anímicas de tranquilidad o de equilibrio, en que los pensamientos suelen ser esencialmente racionalizados (Díaz y Soutullo, 2014).

- Estos son diálogos internos referidos a temas inmensamente concretos; se enfoca de mensajes específicos.
- Aparecen como mensajes cortos, en modo de “palabras claves”.
- Se relaciona con pensamientos, conscientes o inconscientes, sino involuntarios, se producen de forma automática. Estas difíciles de controlar, de evitar.

### **Pensamientos automáticos habituales y cómo evitarlos:**

Los modos de pensamiento automáticos que suelen permanecer habituales y repetitivos, que esto genera pensamientos distorsionados y desviados de los acontecimientos, se agrupan en lo que se ha denominado distorsiones cognitivas.

## **1.6 Hipótesis**

Si Identificamos los pensamientos automáticos en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, entonces los modificaríamos aplicando técnicas cognitivas conductuales.

## **1.7 Metodología**

### **Método Bibliográfico.**

Basándonos en el índice para la elaboración del presente estudio de caso se ha considerado solo diez fuentes bibliográficas entre ellas Corral,(2014), Deffenbacher. (2013). Senplades(2014). Díez,(2014), Ellis, A. (2015) MichanieSuinn, (2013). Michebaun. (2012). Miranda. (2015). Peurifoy, R. (2013). Taylor. (2015).

### **Técnicas**

#### **Entrevistas**

La entrevista psicológica es de por si interacción directa entre dos o más personas, que entraña una vía de comunicación simbólica, objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador, así como una asignación de roles que significa un control de la situación por parte de aquel, se usó la entrevista como técnica para obtener datos completos del comportamiento total del entrevistado en el curso de la entrevista, el cual incluyo no sólo lo que concierne la función de escuchar, sino también de vivenciar y observar.

#### **Observación.**

Se observa al paciente que llega a consulta acompañado de su madre y un hermano menor, presenta un talante depresivo con desanimo, vistiendo de acuerdo a su estado de ánimo, manifestando que quiere que le ayuden, en consulta presenta sudoración en las manos por momentos tiende a responder con voz un poco baja con temor a hablar, ansioso con ganas de mejorar

## **La Ficha de Observación**

Son instrumentos de investigación y evaluación y recolección de datos, tuvo como objetivo determinar variables específicas, se utilizó para registrar datos a fin de brindar recomendaciones para la conseguir la mejoría del adolescente.

## **Reactivos psicológicos aplicados**

### **Escala de ansiedad de Hamilton:**

Originalmente publicada por Max Hamilton, en 1959, consta de 14 ítems y cuando una persona presenta síntomas de ansiedad, se le realiza una evaluación para luego diagnosticar si realmente es ansiedad lo que padece. Una vez diagnosticada la ansiedad, el médico debe valorar el grado de ansiedad que éste padece. En el presente Estudio de Caso se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton para averiguar la intensidad DE esta en el adolescente.

### **BSQ. Cuestionario de Sensaciones Corporales**

El Test BSQ (Body Sensations Questionnaire) o Cuestionario de Sensaciones Corporales, de Chambless y otros, tuvo como objetivo evaluar el miedo producido por sensaciones psicofisiológicas.

### **Mi Registro de Pensamientos**

Consiste en llevar un cuaderno de apuntes como una bitácora, donde el paciente se le entrena para que pueda registrar sus pensamientos temores preocupaciones esto nos ayudara a que el paciente se especialice en identificar pensamientos automáticos y a la vez se libere de aquellos a través de la escritura, a nivel psíquico el paciente descarga todo lo negativo en sus escritos, ya para la terapia nos ayudara a nosotros a conocer mejor los

temores o preocupaciones que están provocando el estado de ansiedad en el paciente y poder refutarlos para que se sienta mejor.

### **Flecha descendiente**

Esta técnica es muy sencilla consiste en escoger la obsesión o preocupación del paciente y preguntarle ¿y qué pasaría si ocurriera eso?, ¿y qué es lo peor que podría pasar si eso se diera?

P: Tengo que entender todo a la perfección, por eso repaso lo mismo varias veces hasta asegurarme de que lo he entendido y no me he saltado nada.

T: ¿Qué pasaría si no lo entendieras? P. Tengo que entenderlo bien

T: ¿Pero que podría pasar? P. Que el profesor me preguntara y no lo supiera explicar bien

T: ¿Y qué pasaría entonces? P Pues que pensara que soy un tonto

Con esta técnica además de ayudar a identificar los pensamientos automáticos nos da pautas para refutarlos, modificarlos, cambiarlos con conllevar a que el paciente se desenvuelva de una manera más funcional en las diferentes áreas en las que él se desenvuelva.



## **CAPÍTULO II**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1. Desarrollo del Caso**

El caso presentado en esta investigación es el de un adolescente que acude a consulta psicológica acompañado de su progenitora pues presenta síntomas físicos de malestar (cefaleas, dolores abdominales, nauseas), pero al ser lleva donde un médico al hacerle una auscultación pormenorizada no detecta nada anormal por lo que le sugiere que le lleve donde un psicólogo pues puede que los síntomas manifiestos sean de origen psicogénico, el caso se lo presenta a continuación:

Juan, 17 años, llega a consulta portando un talante acorde a su estado de ánimo y una vestimenta acorde a su edad y adecuada para el momento portaba aretes y usa corte de cabello a la moda, además un tatuaje en el brazo izquierdo miraba discretamente y movía mucho los pies, cruzaba los brazos y le sudaban las manos, el usuario manifiesta que comenzó a tener dolores abdominales y dolor de cabeza frecuente desde hacía aproximadamente dos años ante determinados acontecimientos y preocupaciones sobre todo referente a los estudios y a los deportes pues desea continuar sobresaliendo en ambas actividades pero últimamente sus notas ha desmejorado, el joven asegura que desde siempre ha sido una persona bastante nerviosa, no sabe con seguridad cuándo fue el comienzo de estos estados de ansiedad y preocupaciones, pero cada vez han ido repitiéndose con más frecuencia, además, Juan es muy perfeccionista y se exige bastante, sus notas son excelentes y su rendimiento académico es muy bueno.

Respecto a las relaciones sociales, anteriormente en el colegio no solía tener muchos amigos. Actualmente, en el colegio tiene algunos amigos y amigas; compañeros de clase con los que se relaciona normalmente y con quienes se muestra bastante adaptado.

Además, juega en el equipo de básquet del colegio, aunque dice que le encantaría tener más amigos.

La relación con sus padres es buena, aunque su padre es muy exigente con él en relación a sus notas y su comportamiento, con su madre manifiesta llevarse muy bien. Cabe destacar que la madre del chico paso por tratamiento psiquiátrico por depresión durante aproximadamente dos años, aunque en la actualidad se encuentra bastante bien ha dejado el tratamiento farmacológico, con su hermano mantiene del mismo modo una muy buena relación, esta era la primera vez que recibía tratamiento psicológico.

## **2.2. Situaciones Detectadas**

### **Entrevistas**

De la entrevista clínica realizada pudimos obtener que le usuario venía padeciendo los siguientes síntomas fisiológicas: cefalea. Sudoración, dolores abdominales, náuseas, cada vez que tenía rendir alguna actividad en la que viese expuesto ante otras personas y no solo eso con solo el hecho de pensar en realizar esa actividad volvían los síntomas, los apuntes en la Ficha de Observación sirvieron para verificar una serie de comportamientos evitativos por parte de adolescente ante ciertas situaciones sin existir mayor motivo de por medio que los pensamientos egosintonicos que imposibilitaban que realice a cabalidad estas actividades.

Los resultados de las escalas aplicadas al adolescente arrojaron lo siguiente:

La Escala de ansiedad de Hamilton dio que la intensidad de ansiedad en el adolescente se presentaba a niveles elevados,

El Cuestionario de Sensaciones Corporales BSQ apporto datos sobre los síntomas fisiológicos, resultado de las preocupaciones al encontrarse en diferentes situaciones y compañías eran variados pasando por el mareo, dolor estomacal, sudoración, cefaleas.

Tomando como base todo lo expuesto anteriormente en la entrevista, la ficha de observación y los reactivos aplicados al adolescente el adolescente reúne los criterios diagnósticos suficientes para el Trastorno de Ansiedad Generalizada F41.1 según el Manual Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V.

### **2.3. Soluciones Planteadas**

A partir del análisis funcional se concretaron los siguientes objetivos terapéuticos cognitivos-conductuales: (a) aprender a manejar las sensaciones relacionadas con la ansiedad y reducir esta; (b) aprender a manejar las preocupaciones y reducir su frecuencia, intensidad y duración; (c) mejorar la comunicación (d) aumentar las actividades agradables, personales y sociales. Todo esto se llevó a cabo en un lapso de 16 sesiones terapéuticas de 45 minutos cada una a dos sesiones por semana.

### **PASOS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL**

1. Identificar los pensamientos automáticos
2. Evaluar y responder a los pensamientos
3. Resolver problemas cuando los pensamientos son verdaderos

### **MI REGISTRO DE PENSAMIENTOS**

Consiste en llevar un cuaderno de apuntes como una bitácora, donde el paciente se le entrena para que pueda registrar sus pensamientos temores preocupaciones esto nos ayudara a que el paciente se especialice en identificar pensamientos automáticos y a la vez se libere de aquellos a través de la escritura, a nivel psíquico el paciente descarga todo lo negativo en sus escritos, ya para la terapia nos ayudara a nosotros a conocer mejor los temores o preocupaciones que están provocando el estado de ansiedad en el paciente y poder refutarlos para que se sienta mejor.

## **FLECHA DESCENDIENTE**

Esta técnica es muy sencilla consiste en escoger la obsesión o preocupación del paciente y preguntarle ¿y qué pasaría si ocurriera eso?, ¿y qué es lo peor que podría pasar si eso se diera?

P: Tengo que entender todo a la perfección, por eso repaso lo mismo varias veces hasta asegurarme de que lo he entendido y no me he saltado nada.

T: ¿Qué pasaría si no lo entendieras? P. Tengo que entenderlo bien

T: ¿Pero que podría pasar? P. Que el profesor me preguntara y no lo supiera explicar bien

T: ¿Y qué pasaría entonces? P Pues que pensara que soy un tonto

T: ¿Y? P: Me sentiría muy mal, me amargaría y no querría volver al colegio. Sería un fracasado y jamás podría hacer algo con mi vida.

## **TÉCNICAS PARA MODIFICAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

Preguntas básicas:

¿Qué estaba pasando por su mente en ese momento?

Para identificar los pensamientos automáticos:

1. Formular esta pregunta en los momentos en que se observe un cambio (o una intensificación) en los afectos durante la sesión.
2. Hacer que el paciente describa una situación problemática o un momento en el que experimento un cambio en los afectos y formular entonces la pregunta básica.

3. En caso necesario, hacer que el paciente utilice imágenes mentales para describir la situación específica o el momento con la mayor cantidad de detalles posible (como si estuviera ocurriendo en el presente) y formular entonces la pregunta básica.
4. Si es necesario o si prefiere, hacer que el paciente dramatice una interacción determinada con el terapeuta y luego formular la pregunta básica.

Otras preguntas para indagar sobre los pensamientos automáticos:

1. ¿En qué supone que estaba pensando?
2. ¿Cree usted que estaba pensando en \_\_\_\_\_ o en \_\_\_\_\_?

(El terapeuta provee un par de posibilidades)

1. ¿estaba usted imaginando algo que podría suceder o recordando algo que ocurrió?
2. ¿Qué significado esta situación para usted? (O ¿Qué revela acerca de usted?)
3. ¿Estaba usted pensando \_\_\_\_\_? (El terapeuta provee una respuesta opuesta a la esperada.)

### **Metas generales de la Terapia Cognitiva Conductual**

Aprender a manejar las sensaciones relacionadas con la ansiedad y reducir esta

Aprender a manejar las preocupaciones y reducir su frecuencia, intensidad y duración

Mejorar las habilidades de comunicación

Aumentar las actividades agradables, personales y sociales

### **Meta 1: Aprender a manejar las sensaciones relacionadas con la ansiedad y reducir**

**esta:** Esta meta tiene como objetivo que el adolescente controle y reduzca las sensaciones relacionadas con la ansiedad.

### **Metas instrumentales de la terapia 4 sesiones (180 minutos)**

#### **Disminuir la atención en las sensaciones corporales.**

La atención magnificada en las sensaciones corporales (p. ej., ritmo cardiaco, sudoración) tienen efectos adversos. Por ejemplo, cuando se informa a los participantes

que su ritmo cardiaco aumentó, las personas con fobia social reportan mayor ansiedad y cogniciones negativas, mientras que sucede lo contrario cuando se les informa que su ritmo cardiaco disminuyó.

### **Inundación.**

La inundación es una técnica de reducción de ansiedad semejante a la exposición; sin embargo, en lugar de un encuentro gradual con el estímulo temido —como sucede en la exposición—, la inundación implica una exposición repetida a los estímulos identificados como los que más teme el paciente, dado que la inundación fomenta la habituación, el terapeuta debe tener cuidado al aplicar esta intervención intensiva y asegurarse de que el paciente cuenta con una preparación adecuada.

### **Meta 2: Aprender a manejar las preocupaciones y reducir su frecuencia, intensidad y duración:**

El uso de estas técnicas está encaminada a que el adolescente modifique sus pensamientos para identificar las causas de sus preocupaciones, así como aprender técnicas de relajación para de darse el caso de un ataque de ideas invasivas usar las segundas para relajarse y clarificar sus pensamientos.

### **Metas instrumentales de la terapia 4 sesiones (180 minutos)**

#### **Reestructuración cognitiva**

Las estrategias de intervención que contribuyen a disminuir estos factores cognitivos disfuncionales se basan en principios cognitivos reestructuradores es decir se modifican los viejos patrones de pensamiento disfuncionales por otros más funcionales utilizando la refutación o debate de ideas irracionales o disfuncionales.

## **Terapia de resolución de problemas**

Este enfoque terapéutico relacionado que se centra en aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo al tratar situaciones estresantes. este enfoque implica cambiar los factores cognitivos que afectan de manera negativa en la orientación del problema o en la visión general de problemas y autoevaluación en relación con las habilidades propias para resolverlos

### **Relajación aplicada.**

La relajación aplicada supone una serie de habilidades de relajación aprendidas al enfrentar una situación angustiante. Entre ellas se cuentan la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, visualización y entrenamiento autogénico. Una vez dominadas estas habilidades en ambientes controlados (p. ej., el consultorio del terapeuta o una habitación apacible en casa), los pacientes las aplican en situaciones reales en las que exista un afrontamiento con los estímulos temidos. Se ha demostrado que la relajación aplicada reduce de manera significativa la ansiedad.

**Meta 3: Mejorar las habilidades de comunicación:** Aprender a comunicarse es un principio básico para convivir en sociedad, en este caso se hace necesario para que adolescente se adapte a las situaciones que deparan el vivir cotidiano.

### **Metas instrumentales de la terapia 1 sesión (45 minutos)**

#### **Entrenamiento en habilidades sociales**

Para este propósito se diseñó un programa de diez semanas que abarcaba entrenamiento en estas áreas (a saber, comunicación, productividad conductual, interacción social, asertividad, toma de decisiones, resolución de problemas, autocontrol cognitivo) como medios de desarrollar comportamientos prosociales,

**Meta 4: Aumentar las actividades agradables, personales y sociales:** Las relaciones sociales se ven seriamente afectadas por este trastorno, así como la capacidad de disfrutar las actividades cotidianas y más aun así participar en actividades grupales.

#### **Metas instrumentales de la terapia 4 sesiones (180 minutos)**

##### **Distracción.**

La distracción es benéfica porque sirve tanto para reducir de inmediato la ansiedad como para que los pacientes manifiesten un control sobre su angustia. Se guía a los pacientes para que empleen la distracción cuando surgen sensaciones de activación psicológica y física. Algunos ejemplos son escuchar o cantar una canción, o entablar una conversación acerca de un tema agradable. Debido a que la atención se desvía, la distracción impide la “espiral ascendente” de los pensamientos catastróficos, sensaciones somáticas y excitación fisiológica.

##### **Estrategias interpersonales.**

El entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y facilidad de comunicación mejora las interacciones interpersonales, un tratamiento que incorpora procedimientos interpersonales, de terapia cognitivo-conductual y factores empíricos, además en un intento por disminuir la evitación interpersonal y mejorar las relaciones interpersonales, la terapia se aplica junto con compañeros que contribuyen a abordar las relaciones deterioradas.

#### **2.4. Conclusiones**



Después de la aplicación del tratamiento y a la vista de los resultados, se puede afirmar que los objetivos propuestos en el esquema terapéutico se lograron, mediante la aplicación de estas técnicas terapéuticas

Se ha conseguido que el paciente reduzca considerablemente su nivel de activación psicofisiológica, uno de los principales objetivos que se habían planteado. Además, se consiguió reducir sus preocupaciones, mejorar su capacidad para relajarse, concentrarse y afrontar los problemas todo esto como parte del programa terapéutico establecido al adolescente.

En relación a las preocupaciones se redujeron sobre todo las relacionadas con los estudios, perder cosas importantes, la muerte y la salud de la familia, temas generadores de ansiedad para el paciente. Se consiguió disminuir las respuestas de escape en los exámenes, consiguiendo que se relajara, focalizando su atención en pensamientos positivos. En este sentido, la relajación tuvo un papel fundamental, ya que al conseguir relajarse en estas situaciones evitaba sentir ese malestar estomacal y se sentía menos nervioso.

## **2.5. Recomendaciones**

La terapia cognitivo-conductual destinada al TAG comprende la reestructuración cognitiva, que ayuda a los pacientes a comprender que su preocupación es contraproducente; la terapia de exposición permite que los pacientes aprendan que sus preocupaciones y conductas son manejables y, el entrenamiento para la relajación, entre los principales resultados obtenidos podemos destacar que el paciente ha conseguido extinguir su temores, en especial ante los exámenes, esto ha sido posible gracias a un programa de tratamiento en el que se han potenciado técnicas de desactivación fisiológica y se ha producido también una reestructuración cognitiva ante una serie de estímulos.

La investigación tiene un reflejo eminentemente práctico, pues los terapeutas pueden beneficiarse de la Terapia Cognitiva – Conductual y de la identificación de pensamientos

automáticos dado que esta metodología de intervención se ha mostrado eficaz y su utilización es altamente recomendable en otros trastornos si el terapeuta si los estudia en profundidad y los adapta adecuadamente.

A los profesionales en Salud Mental como somos los psicólogos capacitarnos y ponernos al día en investigaciones realizadas por otros especialistas pues resultaría beneficioso en nuestro desempeño profesional y especialmente a quienes nos debemos, nuestros clientes, usuarios o pacientes según la denominación que resulte más conveniente al caso.

## BIBLIOGRAFÍA

Corral, E. y. (2014). Manual clinico de psicopatologia. Madrid: La Sevillana.

Deffenbacher. (2013). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos . Madrid: Siglo XXI.

Desarrollo, S. N. (2014). buen vivir. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>: [www.buenvivir.gob.ec/](http://www.buenvivir.gob.ec/)

Díez, S. y. (2014). Aplicacion de Tecnicas Cognitivas conductuales en adolescentes. Pennsylvania: Mc.Graw.

Ellis, A. (2015. V edicion ). Razón y emoción en psicoterapia. Lisboa: La Colmena.

MichanieSuinn, R. .. (2013). trastornos de la infanciab y adolescencia. Bilbao: Desclée de Brouwe.

Michebaun. (2012). Tecnicas Cognitivas-Coductuales en niños. 5ta edicion . Buenos Aires: Planeta.

Miranda. (2015). Trastornos de la Infancia. Bogota: ESpejo.

Peurifoy, R. (2013). Cómo vencer la ansiedad. Bilbao: Caliz.

Taylor. (2015). Manual de Psiquiatria Infantil y de la adolescencia. Los Angeles: Masson.

**ANEXOS**

# ANEXO I

## FICHA DE TRABAJO N° 01.

### MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

#### I. DATOS GENERALES:

Nombre : \_\_\_\_\_  
Sexo : \_\_\_\_\_  
Edad : \_\_\_\_\_  
Instrucción : \_\_\_\_\_  
Tiempo de Observación : \_\_\_\_\_ Minutos. Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ Hora final: \_\_\_\_\_  
Fecha : \_\_\_\_\_  
Tipo de Observación : \_\_\_\_\_  
Nombre del Observador(a) : \_\_\_\_\_

#### II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

##### 2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

---

---

---

---

---

##### 2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

---

---

---

---

##### 2.3 DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS OBSERVADAS – REGISTRO NARRATIVO).

---

---

---

---

---

---

---

---

#### COMENTARIO:

---

---

---

## ANEXO II

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)	0	1	2	3	4

Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante,	0	1	2	3	4

aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					
---	--	--	--	--	--

ANSIEDAD PSIQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	

**CALIFICACION ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**  
0-5 NO ANSIEDAD  
6 - 14 ANSIEDAD LEVE  
> 15 ANSIEDAD MODERADA A GRAVE



### ANEXO III

## CUESTIONARIO DE SENSACIONES CORPORALES

A. Le presentamos más abajo una lista de sensaciones corporales que suelen darse en situaciones en que usted está nervioso o en una situación que suele temer. Marque el grado de temor que le provocan utilizando esta escala de 5 puntos que va desde "nada preocupado" a "extremadamente asustado". Por favor no deje ningún apartado en blanco.

1. Nada preocupado, ni asustado.      2. Algo asustado      3. Moderadamente asustado.  
4. Muy asustado      5. Extremadamente asustado.

Lista de sensaciones	Puntuación
Palpitaciones cardíacas	
Presión o dolor en el pecho	
Adormecimiento en las piernas o brazos	
Hormigueo en los dedos	
Adormecimiento en otra parte del cuerpo	
Sensación de falta de aire	
Mareo o vértigo	
Visión nublada o borrosa	
Náuseas	
Tener mariposeo en el estómago	
Tener un nudo en el estómago	
Tener dificultades para tragar o un obstáculo en la garganta	
Piernas vacilantes o débiles	
Sudoración	
Garganta seca	
Sentirse desorientado o confundido	
Sentirse desconectado del cuerpo: sólo parcialmente	
Otras	

B. Una vez contestado el apartado A, vuelva sobre la "lista de sensaciones" y rodee con un círculo el número correspondiente a las tres sensaciones que considera más difíciles de aguantar en su vida.

C. Y ahora, subraye en la "lista de sensaciones" las tres que se le han presentado con mayor frecuencia en los últimos meses.

## ANEXO IV



Tutoría con el psicólogo Clínico Roberto Betancourt para la elaboración y corrección de mi estudio de caso en el consultorio Psicológico popular de la Universidad Técnica de Babahoyo.

**ANEXO V**

<b>MATRIZ ESTUDIO DE CASO</b>					
<b>TEMA</b>	<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>	<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>
<b>La Terapia Cognitiva Conductual y los pensamientos automáticos en un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada atendido en el consultorio psicológico de la Parroquia Santa Ana del Cantón Guayaquil</b>	¿Cómo inciden los pensamientos automáticos en el Trastorno de Ansiedad Generalizada en un caso de atendido en el consultorio psicológico de la Parroquia Santa Ana del Cantón Guayaquil?	Eliminar los pensamientos automáticos utilizando la Terapia Cognitiva Conductual en un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada atendido en el consultorio psicológico de la Parroquia Santa Ana del Cantón Guayaquil	Al aplicar Terapia Cognitiva Conductual en un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada atendido en el consultorio psicológico de la Parroquia Santa Ana del Cantón Guayaquil se eliminarán los pensamientos automáticos negativos	La Terapia Cognitiva Conductual y los pensamientos automáticos	En un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada atendido en el consultorio psicológico de la Parroquia Santa Ana del Cantón Guayaquil