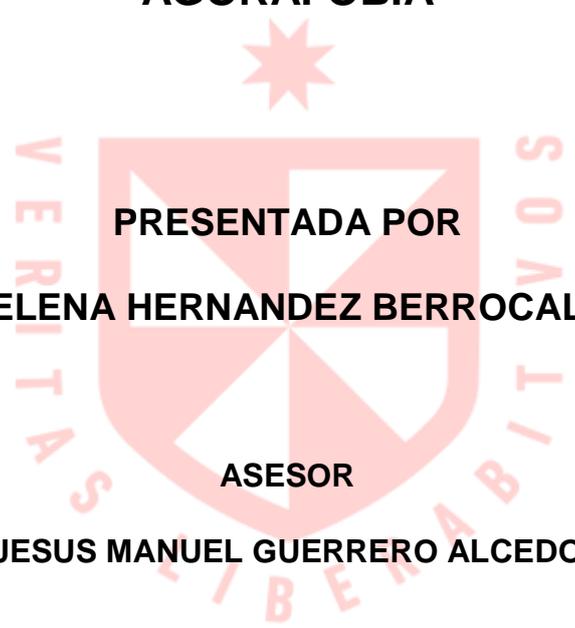


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN
CASO DE TRASTORNO DE PÁNICO CON
AGORAFOBIA**



**PRESENTADA POR
ELENA HERNANDEZ BERROCAL**

**ASESOR
JESUS MANUEL GUERRERO ALCEDO**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO DE TRASTORNO DE
PÁNICO CON AGORAFOBIA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADA POR
ELENA HERNANDEZ BERROCAL**

**ASESOR
MG. JESUS MANUEL GUERRERO ALCEDO
ORCID: 0000-0001-7429-1515**

**LIMA, PERÚ
2023**

Dedicatoria

A mis padres Lydia y Guillermo, que siempre han acompañado mis
pasos con su amor incondicional.

Agradecimientos

A mi madre, Lydia Berrocal, por haberme inculcado sus valores y apoyado en cada uno de mis proyectos.

A mi padre, que me cuida desde el cielo, Guillermo Hernández, por su inmenso amor y lecciones de vida.

A mis compañeros y amigos que me acompañaron en el camino de mi desarrollo profesional y personal.

A los docentes que estuvieron presentes a lo largo de mi formación y de quienes aprendí a amar lo que hago.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Introducción | x |
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO | 14 |
| 1.1. Ansiedad..... | 14 |
| 1.1.1. Definición. | 14 |
| 1.1.3. Clasificación de los trastornos de ansiedad. | 16 |
| 1.2. Trastorno de pánico..... | 17 |
| 1.2.1. Definición. | 17 |
| 1.2.2. Epidemiología. | 17 |
| 1.2.3. Etiología..... | 17 |
| 1.2.4. Sintomatología y diagnóstico..... | 18 |
| 1.2.5. Tratamiento..... | 20 |
| 1.3. Agorafobia..... | 20 |
| 1.3.1. Definición. | 20 |
| 1.3.2. Epidemiología. | 21 |
| 1.3.3. Etiología..... | 21 |
| 1.3.4. Sintomatología y diagnóstico..... | 22 |
| 1.3.5. Tratamiento..... | 23 |
| 1.4. La terapia cognitivo-conductual | 24 |
| 1.4.1. Definición. | 24 |
| 1.4.2. La TCC en el trastorno de pánico..... | 24 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 1.4.3. | Objetivos principales en la TCC en el trastorno de pánico. | 25 |
| 1.4.4. | Técnicas de la TCC. | 25 |
| CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO..... | | 29 |
| 2.1. | Datos de filiación..... | 29 |
| 2.2. | Motivo de consulta..... | 29 |
| 2.3.1. | Antecedentes..... | 30 |
| 2.3. | Historia personal..... | 31 |
| 2.3.1. | Etapa prenatal..... | 31 |
| 2.3.2. | Etapa perinatal..... | 31 |
| 2.3.3. | Etapa postnatal..... | 31 |
| 2.3.4. | Escolaridad..... | 31 |
| 2.3.5. | Enfermedades..... | 32 |
| 2.3.6. | Historia psicosexual..... | 32 |
| 2.3.7. | Vida marital..... | 35 |
| 2.3.8. | Vida laboral..... | 35 |
| 2.3.9. | Vida social..... | 36 |
| 2.3.10. | Hábitos e intereses..... | 37 |
| 2.3.11. | Rasgos de personalidad..... | 37 |
| 2.4. | Historia familiar..... | 37 |
| 2.5. | Examen mental..... | 39 |
| 2.6. | Listado de signos y síntomas..... | 41 |

| | | |
|--|---|------------|
| 2.7. | Impresión diagnóstica | 43 |
| | Diagnóstico multiaxial según DSM-IV-TR y CIE-10 | 43 |
| | Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2002) y la Clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. | 43 |
| | Diagnóstico nosográfico..... | 43 |
| | Diagnóstico diferencial | 43 |
| | Pronóstico..... | 44 |
| 2.8. | Informe psicológico | 44 |
| CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN..... | | 51 |
| 3.1. | Justificación..... | 51 |
| 3.2. | Objetivos. | 52 |
| 3.3. | Metodología..... | 53 |
| 3.4. | Procedimiento..... | 56 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS..... | | 116 |
| 4.1. | Criterio del paciente | 116 |
| 4.2. | Criterio de otros profesionales..... | 116 |
| 4.3. | Criterio psicométrico..... | 116 |
| 4.4. | Criterio clínico | 120 |
| 4.5. | Criterio funcionabilidad | 121 |
| CAPÍTULO V | | 122 |
| 5.1. | Resumen..... | 122 |

| | | |
|------|-----------------------|-----|
| 5.2. | Conclusiones..... | 124 |
| 5.3. | Recomendaciones | 124 |
| | Referencias | 126 |
| | ANEXOS..... | 130 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1 <i>Tabla de diagnóstico multiaxial según los manuales DSM-IV-TR y CIE-10</i> | 43 |
| Tabla 2 <i>Programa de intervención cognitivo-conductual para el trastorno de pánico con agorafobia</i> | 54 |
| Tabla 3 <i>Explicación del modelo ABC</i> | 91 |
| Tabla 4 <i>Cuadro del modelo ABC con los datos del paciente</i> | 93 |
| Tabla 5 <i>Registro del modelo ABC de acontecimientos del paciente</i> | 95 |
| Tabla 6 <i>Registro de la técnica de reestructuración cognitiva del paciente (Modelo ABC)</i> | 96 |
| Tabla 7 <i>Puntajes obtenidos en el inventario multiaxial Millon II (Pre y Post-Test)</i> | 119 |
| Tabla 8 <i>Puntajes obtenidos en el inventario de pensamientos automáticos. (Pre y Post-Test)</i> | 120 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 <i>Análisis funcional del paciente</i> | 49 |
| Figura 2 <i>Análisis funcional del paciente</i> | 50 |
| Figura 3 <i>Cuadro sobre la ansiedad desadaptativa</i> | 58 |
| Figura 4 <i>Técnica de respiración diafragmática</i> | 62 |
| Figura 5 <i>Técnica de relajación progresiva de Jacobson</i> | 67 |
| Figura 6 <i>Técnica de relajación progresiva de Jacobson</i> | 70 |
| Figura 7 <i>Técnica de relajación progresiva de Jacobson</i> | 76 |
| Figura 8 <i>Técnica de relajación progresiva de Jacobson</i> | 80 |
| Figura 10 <i>Pasos en la solución de problemas</i> | 102 |
| Figura 11 <i>Cuadro de aplicación de la técnica en base al conflicto del paciente</i> | 103 |
| Figura 12 <i>Cuadro de solución de problemas del paciente</i> | 105 |
| Figura 13 <i>Estilos de comunicación</i> | 106 |
| Figura 14 <i>Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck del paciente (Pre y Post)</i> | 118 |

RESUMEN DE REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Reporte_Estudio de caso Elena Hernandez Berrocal-licenciatura.docx

AUTOR

ELENA HERNANDEZ BERROCAL

RECuento DE PALABRAS

28976 Words

RECuento DE CARACTERES

150941 Characters

RECuento DE PÁGINAS

143 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.4MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 26, 2023 3:10 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 26, 2023 3:12 PM GMT-5

● 8% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado

Asesor: Jesús Manuel Guerrero Alcedo



Introducción

La ansiedad es considerada como un problema de salud mental de carácter global, siendo así, junto con la depresión, uno de los padecimientos más frecuentes en la población. Las personas que presentan trastornos de ansiedad evidencian un decaimiento en su calidad de vida y funcionalidad en general, generando grandes niveles de malestar emocional y fisiológico (Alonso et al., 2018).

Siguiendo esa línea, si la incidencia y prevalencia de la ansiedad hace algunos años ya era considerable, con la llegada de la pandemia de COVID-19 y el impacto que esta tuvo a nivel mundial, los problemas de salud mental se incrementaron de forma alarmante. Se estima que en el 2020 aumentaron los casos de ansiedad y depresión en un 26 y 28% respectivamente a lo largo del año, siendo los motivos más comunes el miedo a morir de la enfermedad o perder a un familiar, haber enfermado gravemente o atravesar por un proceso de duelo (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2022).

Dentro de los trastornos de ansiedad, se encuentra el trastorno de pánico, como el caso a tratar a lo largo del estudio y se caracteriza por la aparición súbita de ataques de pánico, en los cuales la persona experimenta un miedo intenso a morir o “volverse loco”, mareos, hormigueos, dificultad para respirar, entre otros, sin causa específica o atribuyendo la causalidad a otra circunstancia. Este puede presentarse con o sin agorafobia. La agorafobia se caracteriza por el miedo intenso a encontrarse lejos del hogar, en multitudes, transportes públicos o lugares concurridos por temor a tener un ataque de pánico, dificultando así la vida cotidiana de quien la padece. Por ello, se han documentado múltiples tratamientos a lo largo de los años, siendo la terapia cognitivo-conductual (TCC) la que cuenta con mayor eficacia e investigaciones realizadas (Carpenter et al., 2018).

La terapia cognitivo-conductual tiene como finalidad la resolución de problemas

actuales, emociones y conductas que son desadaptativas para la persona, tomando en cuenta el papel que desempeña el aprendizaje, factores ambientales, las cogniciones y lenguaje (Vernon & Doyle, 2017).

En el caso del trastorno de pánico con agorafobia, lo que se busca en la psicoterapia cognitivo-conductual es modificar las creencias disfuncionales que tiene la persona con respecto a sus ataques de pánico y su causalidad, así como la puesta en práctica de técnicas que le permitan afrontar las situaciones temidas, como subir a un transporte público o ir al supermercado, sin evitarlas ni huír de ellas, ya que ello solo contribuye al mantenimiento de la ansiedad.

La terapia cognitivo-conductual también incluye los experimentos conductuales, ya que, al enfrentarse las personas a la situación temida, pueden cuestionar las creencias que tenían con respecto a esta y de esta forma, relacionarse mejor con el malestar, creando nuevas experiencias, dejando de lado las respuestas desadaptativas que antes presentaba (Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

En la aplicación del tratamiento, se inició con psicoeducación, es decir, se le explicó al paciente acerca de la ansiedad, de la problemática por la que acudió a consulta, así como el plan de trabajo y actividades a lo largo de las sesiones. Posteriormente, se llevaron a cabo ensayos conductuales como la exposición a los estímulos temidos, junto con el aprendizaje de técnicas de relajación. Asimismo, se entrenó al paciente en la práctica de habilidades sociales y estilos de comunicación. Se finalizó la psicoterapia con dos sesiones de seguimiento, previniendo posibles recaídas y cómo actuar frente a estas.

Es importante que el paciente sepa que si ocurre una recaída, ahora posee las técnicas y herramientas necesarias para poder hacerles frente, así como la capacidad de cuestionar sus propios pensamientos, notando cuando estos se vuelven desadaptativos y modificarlos por otros más realistas y saludables. Suele ser difícil cambiar de un día para otro años de

aprendizaje de conductas y creencias, por lo que hay que recordar que es un proceso y con la práctica se pueden instaurar nuevas formas de pensar.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Ansiedad

1.1.1. Definición.

La ansiedad se considera una emoción básica, inherente al ser humano y evolutiva, la cual es experimentada en menor o mayor grado, según sea el caso particular. En niveles adecuados permite ejecutar tareas de un modo más eficiente, advertirnos ante una amenaza o peligro, preparando al individuo para emitir determinada respuesta. Sin embargo, cuando esta se presenta en niveles desproporcionados, puede perjudicar la funcionabilidad del ser humano, considerando aversivas a situaciones o estímulos que por sí mismos no generan dicha respuesta, ni constituyen un peligro real (Beck & Clark, 2012).

Por otro lado, para Barlow (2002) la ansiedad es una emoción que se establece a modo de anticipación, percibiendo una amenaza potencial debido a un inadecuado estilo de afrontamiento. Esta emoción viene acompañada de una activación fisiológica elevada, lo cual trae consigo molestias físicas y una clara interferencia con la vida cotidiana del ser humano.

1.1.2. Modelos teóricos de la ansiedad.

Díaz y De la Iglesia (2019) postulan la siguiente clasificación:

Enfoque psicofisiológico.

La percepción de un suceso significativo en el ámbito biológico genera un impacto en el organismo, tanto fisiológico como motor, los cuales son denominados “reacción emocional” y la interpretación de esta provocaría la experiencia emocional del individuo.

Enfoque psicodinámico.

Desde este enfoque, los estudios acerca de la ansiedad fueron llevados a cabo en relación con el análisis del inconsciente mediante el método introspectivo. Freud (1917) postuló que la ansiedad se generaba debido a impulsos inaceptables que intentaban adquirir representaciones conscientes.

Enfoque experimental-motivacional.

Abocado a la conducta observable y la relación de esta con el ambiente mediante procesos de aprendizaje. Watson (1976) llevó a cabo el método experimental para de esta forma poder explicar, realizar una predicción sobre las conductas y modificar el repertorio de las mismas. Asimismo, se considera a la evitación y reforzamiento de estímulos, uno de los principales factores que mantienen la ansiedad según el condicionamiento operante.

Enfoque psicométrico-factorial.

Cattell (1983) identificó las diferencias individuales con respecto a la ansiedad, considerándola como característica permanente de la personalidad, que existen dos factores fundamentales: la ansiedad como rasgo y como estado. Conceptualizándola como rasgo, alude a una tendencia estable en el tiempo de personalidad para emitir una respuesta ansiosa, mientras que la ansiedad como estado hace énfasis en un estado emocional pasajero y que varía tanto en intensidad como en duración.

Enfoque cognitivo-conductual.

Este enfoque resaltó la importancia del rol que ejercían las variables cognitivas durante la evolución y mantenimiento de la ansiedad. El aporte más significativo fue la inclusión de procesos de cognición que actuaban como mediadores entre el estímulo provocador de temor o rechazo y la respuesta que emitía individuo frente a estos sucesos. Bandura inició esta tendencia dentro del modelo conductual mediante la teoría de aprendizaje social, resaltando que las acciones estaban mediadas por las expectativas del sujeto y el ambiente en el que este se desarrollaba, aprendiendo de esta forma un diverso repertorio de conductas (Bandura & Walters, 1974). De esta manera, se concibió a la ansiedad como un estado subjetivo del individuo que resulta de la evaluación de estímulos tanto internos como externos y cuyo resultado de este proceso determinaba la intensidad, duración y mantenimiento de la actividad emocional.

1.1.3. Clasificación de los trastornos de ansiedad.

En ocasiones, la ansiedad no es facilitadora ni fomenta una mejor adaptación, de este modo, comienzan a surgir falsas alarmas ante posibles amenazas que en realidad no se constituyen como tal o las perciben de manera magnificada, lo cual provoca niveles altos de ansiedad, considerándose desadaptativa e interfiriendo con la calidad de vida y actividades cotidianas de quien la padece. (Navas & Vargas, 2012)

Según los lineamientos de clasificación en las guías clínicas para atención primaria tenemos a los manuales como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (2000), donde los cuadros de Agorafobia con Trastorno de Pánico (F40.01) deben considerarse como un mismo diagnóstico y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013), en el cual, ambos diagnósticos deben ser codificados por separado, es decir, en el caso del cumplimiento de criterios de ambos cuadros clínicos, se deben escribir como dos diagnósticos independientes.

El CIE-10 distingue los siguientes tipos de trastornos de ansiedad, que van desde el código F40 hasta el F48. En este caso, se mencionarán los más relevantes para este estudio, como en el caso de los trastornos de ansiedad fóbica:

F40: Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0: Agorafobia (con o sin trastorno de pánico)

F40.1: Fobias sociales

F40.2: Fobias específicas (aisladas)

F40.8: Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9: Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

A continuación, se explicará de forma más detallada el trastorno de pánico con agorafobia, de acuerdo a los objetivos del caso a tratar:

1.2. Trastorno de pánico

1.2.1. Definición.

El trastorno de pánico se caracteriza por la presencia de ataques de pánico que se presentan de forma recurrente e inesperada ya que estas pueden surgir sin que exista un factor que las origine. El miedo al miedo o experimentar una nueva crisis de pánico, es una de las características fundamentales de este trastorno. Asimismo, los ataques o crisis de pánico, pueden ser descritos como episodios súbitos de miedo intenso en ausencia de una amenaza real, acompañados de una respuesta neurovegetativa, incluyendo síntomas físicos y cognitivos, temor a la muerte y la necesidad urgente de escapar, alcanza su punto máximo a los 10 minutos (Gómez, 2012).

Por otro lado, Barlow (2002) conceptualiza el trastorno de pánico como la experiencia intensa de miedo, lo cual conlleva una activación de carácter fisiológico que acompaña su duración y surge de modo repentino e inesperado. A su vez, esas sensaciones corporales son interpretadas de manera errónea, incrementando el nivel de ansiedad.

1.2.2. Epidemiología.

La prevalencia de este trastorno a nivel mundial se presenta en 3,4% de la población. Asimismo, en el Perú y con la llegada de la pandemia se presentaron trastornos de ansiedad entre el 30% y 40% principalmente en jóvenes y adultos según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2022) Los trastornos de ansiedad suelen presentarse entre la adolescencia tardía y a principio de los 30 años, afectando principalmente al género femenino. Cabe resaltar que, el 75% de quienes padecen un trastorno de pánico también presentan agorafobia, frente al 50% de la población en general (Gómez, 2012).

1.2.3. Etiología.

Pese a que se tiene poca información acerca de las causas del trastorno de pánico, este es de origen multifactorial, esto quiere decir que intervienen factores genéticos, conductuales

y biológicos, por lo que los familiares en primer grado presentan una mayor disposición de padecerlo. Asimismo, se cree que la hipersensibilidad de funciones corporales o un error de interpretación cognitiva, genera una respuesta condicionada de ansiedad. Por otro lado, neurotransmisores como la noradrenalina o serotonina, el ácido γ -aminobutírico y la colecistocinina, pueden estar vinculados, pero los mecanismos aún se desconocen (Nicholas & Shumann, 2013).

1.2.4. Sintomatología y diagnóstico.

Según el CIE-10 los criterios para establecer un diagnóstico de trastorno de pánico, de acuerdo con los síntomas presentados son:

A) La persona experimenta ataques de pánico que no están asociados de forma concisa a determinada situación u objeto, presentándose de manera espontánea. Asimismo, tampoco se relaciona al ejercicio u otra actividad física.

B) Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguientes síntomas:

Vivencia de miedo intenso o malestar.

El inicio es abrupto

No excede los 10 minutos de duración, alcanzando su intensidad máxima en pocos minutos.

Se presentan al menos cuatro de los siguientes síntomas presentados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a)-d)

Síntomas autonómicos

a) Ritmo cardiaco acelerado o palpitaciones.

b) Sudoración.

c) Temblores.

d) Sequedad de boca

Síntomas relacionados con el tórax y abdomen

- e) Dificultades respiratorias
- f) Sensación de asfixia
- g) Dolor en el pecho.
- h) Náuseas o mareos.

Síntomas relacionados con el estado mental

- i) Inestabilidad, mareos o desvanecimiento.
- j) Sensación de irrealidad de los objetos (desrealización) o sentirse distanciado de sí mismo (despersonalización).
- k) Miedo a perder el control.
- l) Miedo a morir.

Síntomas generales

- m) Escalofríos o sofocos.
 - n) Aturdimiento u hormigueo.
- C) Criterio de exclusión usado con más frecuencia: Los ataques de pánico se dan por una enfermedad orgánica, trastorno mental, ingestión de sustancias u otro diagnóstico que los justifique.

Cabe resaltar que los ataques de pánico no constituyen un trastorno mental por sí mismos, por lo que no se pueden codificar, este se puede presentar en otros cuadros de ansiedad, depresivos, por consumo de sustancias, entre otros.

Por otro lado, en cuanto al diagnóstico multiaxial para adultos del CIE-10 está dividido en tres ejes.

Eje I: Síndromes psiquiátricos clínicos

Este eje abarca los trastornos mentales y médicos en general, los trastornos identificables en el paciente deben ser adecuadamente codificados de acuerdo a la clasificación de la CIE-10.

Eje II: Trastornos específicos del desarrollo psicológico.

Tiene en cuenta las discapacidades sociales, valorando cuatro áreas: el ámbito familiar, social, laboral, por lo cual se indaga acerca de la calidad de vida que lleva y su funcionalidad.

Eje III: Factores contextuales.

En este eje se toma en cuenta los problemas educacionales, por ejemplo, el bajo rendimiento escolar, así como los problemas económicos y enfermedades familiares, por lo que se centra en lo que rodea al paciente y el ambiente en el que se desenvuelve.

1.2.5. Tratamiento

Tanto la terapia cognitivo-conductual, la cual será explicada detalladamente más adelante, junto con la farmacoterapia han resultado siendo tratamientos efectivos y con respaldo científico para este trastorno.

Según Nicholas y Shumann (2013) la terapia cognitivo-conductual puede resultar de suma utilidad para cambiar sus cogniciones ligadas a las crisis de pánico, así como habilidades para manejar la ansiedad cuando se presenten alguno de estos episodios, por ejemplo, los entrenamientos de respiración y lograr exponerse a las situaciones temidas. Asimismo, existen cuatro tipos de fármacos que han resultado efectivos para el tratamiento de este cuadro: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de recaptación de serotonina/noradrenalina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino oxidasa y las benzodiacepinas.

1.3. Agorafobia

1.3.1. Definición.

Según Peñate et al. (2006) la agorafobia se considera como una de las fobias más incapacitantes y la más difícil de abordar en terapia, repercutiendo de forma negativa en la autonomía y calidad de vida de quien la padece.

La agorafobia puede definirse como el miedo patológico que aparece frente a situaciones en las que la persona siente indefensión ante la posibilidad de padecer de una crisis de pánico, ya que la agorafobia tiene inicio cuando aparecen crisis inesperadas, que se dan cuando se realizan actividades o el individuo se encuentra en un lugar neutro. Las situaciones más relacionadas con la agorafobia pueden ser: utilización de transportes públicos, aglomeraciones, tales como en supermercados, lugares cerrados como ascensores, hacer colas y, en general, lo que implique un desplazamiento fuera de casa y donde sea difícil obtener ayuda en caso de una crisis de pánico (Gómez, 2012).

Según el DSM-V (APA, 2013), el diagnóstico de agorafobia requiere la aparición de respuestas de ansiedad cuando una persona se encuentra en un lugar o circunstancia donde le sea difícil o vergonzoso emitir respuestas de escape, en caso de la aparición de una crisis de pánico, ya que el individuo cree que no dispondrá de la ayuda que podría necesitar.

Por lo tanto, la agorafobia puede presentarse sola o asociada a otros trastornos, generalmente el de pánico, ya que el 75% de las personas que padecen agorafobia, también presentan trastorno de pánico. Es así que, en el CIE-10, el trastorno de pánico y agorafobia se consideran y codifican como un mismo diagnóstico (F40.01), mientras que en el DSM-V, al cumplirse ambos criterios, se deben separar los cuadros (Olivares-Olivares, 2016).

1.3.2. Epidemiología.

La prevalencia de la agorafobia según el INMS es del 1,1%, presentándose aproximadamente a los 20 años, siendo más común en mujeres. Lo más común es que se produzca en simultáneo con el trastorno de pánico, sin embargo, también puede ocurrir de forma independiente. Cabe resaltar que la presencia de un trastorno de pánico aumenta el riesgo de padecer agorafobia (Peñate et al., 2020).

1.3.3. Etiología.

Pese a no tener una causa totalmente establecida, al igual que en el trastorno de pánico, se admite que su origen está condicionado por factores genéticos, como la susceptibilidad somática referida al sistema neurovegetativo. Asimismo, el aprendizaje juega un papel fundamental, ya que las conductas se asocian a estímulos, por lo que la angustia será producto de un proceso de condicionamiento. Por otro lado, para que se produzca una crisis de pánico interviene un mecanismo de alarma, como los de la regulación en la respiración. A su vez, la separación infantil es uno de los acontecimientos generadores de ansiedad y se encuentra relacionada con el distanciamiento del hogar o figuras de apego, lo que aumenta la posibilidad de padecer el cuadro (Bados, 2005).

1.3.4. Sintomatología y diagnóstico.

Según el CIE-10, la agorafobia tiene los siguientes criterios diagnósticos:

A) Miedo y evitación por lo menos, en dos de las siguientes situaciones:

Multitudes

Lugares públicos

Viajar solo

Viajar lejos de casa

B) Dos síntomas de ansiedad en determinada situación, deben haberse presentado juntas en una ocasión desde el inicio del trastorno y uno de aquellos síntomas debe haber sido de los enumerados entre el 1 y el 4:

Síntomas autonómicos:

1. Ritmo cardíaco acelerado o palpitaciones.
2. Sudoración.
3. Temblores.
4. Sequedad de boca (no debida a otras causas)

Síntomas en el pecho o abdomen:

5. Dificultades para respirar
6. Sensación de falta de aire
7. Dolor en el pecho
8. Náuseas o mareos

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Mareos o sensación de inestabilidad.
10. Sensación de irrealidad de los objetos (desrealización) y distanciamiento de sí mismo (despersonalización)
11. Miedo a perder el control.
12. Miedo a morir

Síntomas generales

13. Sofocos o escalofríos
14. Entumecimiento u hormigueo.

C) Los síntomas causan un malestar emocional significativo y el sujeto reconoce su irracionalidad.

D) Los síntomas predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

E) Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El miedo o la evitación no es consecuencia de ideas delirantes, alucinaciones ni otros trastornos orgánicos, esquizofrenia y trastornos relacionados, trastornos del humor o un trastorno obsesivo compulsivo, ni tampoco secundarios a creencias culturales. Puede especificarse la presencia o ausencia del trastorno de pánico en la mayoría de situaciones agorafóbicas en caso se cumplan también los criterios de este.

F40.01 Con trastorno de pánico

F40.00 Sin trastorno de pánico

1.3.5. Tratamiento.

El tratamiento más conveniente y el cual cuenta con mayor respaldo científico es la terapia cognitivo-conductual, sobre la cual se realizará una aproximación en el siguiente apartado, al igual que en el trastorno de pánico, para modificar las creencias disfuncionales ante estímulos ansiógenos y a la vez exponerse progresivamente a tales situaciones. Por otro lado, la medicación también constituye un factor importante en el tratamiento (Nicholas & Shumann, 2013).

1.4. La terapia cognitivo-conductual

1.4.1. Definición.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se conceptualiza como un modelo de tratamiento para una amplia gama de trastornos mentales, enfocándose en que el paciente cambie o modifique sus pensamientos disfuncionales, los cuales generan un impacto en las emociones y conductas de este, por lo que se le incita a reconocer los pensamientos automáticos negativos y cómo estos dan lugar a sensaciones o comportamientos en nuestra vida cotidiana (Puerta & Padilla, 2011).

Por otro lado, la TCC se asienta sobre el modelo teórico del aprendizaje, el cual se basa en los principios del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y también el aprendizaje vicario. La modificación de conducta es un término atribuido a Skinner et al. (1950). A ello se suma en 1970 la integración de otros procedimientos de carácter cognitivo, teniendo como principales representantes a Aaron Beck y Albert Ellis, haciendo énfasis en los pensamientos disfuncionales y los errores en la interpretación (Ibáñez-Tarín & Manzanera-Escartí, 2012).

1.4.2. La TCC en el trastorno de pánico.

La TCC en el trastorno de pánico y otras fobias, se basa en el condicionamiento y en las teorías cognitivas con respecto. Las dos modalidades de TCC para el trastorno de pánico son el tratamiento de control de pánico de Barlow y la terapia cognitiva de Clark. Ambas

terapias priorizan componentes y elementos de psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición a las situaciones y sensaciones temidas (Barlow & Craske, 2000).

Asimismo, se puede decir que es un enfoque centrado en el aprendizaje que tiene como objetivo el aprendizaje de la seguridad ante los temores y comportamientos de evitación que caracterizan las fobias. Este tipo de tratamiento enfatiza el rol del miedo a los síntomas en el mantenimiento de este trastorno (Bouton et al., 2001).

Desde este enfoque se utiliza la reestructuración cognitiva, así como la exposición al contexto temido, reconsiderando las evaluaciones de amenaza ligadas al pánico.

1.4.3. Objetivos principales en la TCC en el trastorno de pánico.

Según Beck y Clark (2012), en la terapia cognitiva para tratar este trastorno se plantean cinco objetivos:

Reducir la sensibilidad a los factores que ocasionan las crisis.

Reducir la interpretación catastrófica.

Aumentar la capacidad de revalorar las situaciones.

Eliminar las conductas de seguridad responsables del mantenimiento de las creencias disfuncionales y catastrofización de los acontecimientos.

Aumento de la tolerancia al malestar para revalorar la sensación de seguridad.

1.4.4. Técnicas de la TCC.

Para el trastorno de pánico, la TCC presenta una serie de técnicas, estas se utilizan según lo que resulte más apropiado para cada paciente, a continuación, se mencionarán las implicadas en el estudio:

Psicoeducación

Con la psicoeducación, se busca corregir ideas falsas respecto a los síntomas del pánico, por ende, se procede a explicarle al paciente en qué consiste la ansiedad, cuál es su función, así como lo que implica el trastorno de pánico, cuáles son los disparadores o desencadenantes y

qué es lo que contribuye al mantenimiento de este. Asimismo, se debe justificar adecuadamente el tratamiento para que el paciente pueda participar activamente en el proceso (Bados, 2005).

Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson

Se emplea para determinar la reactividad fisiológica del paciente. La relajación muscular progresiva, se practica en situaciones de calma con fines de aprender la técnica y posteriormente implementarlas en situaciones ansiógenas. Esta consiste en ejercer tensión en los músculos con la intención de poder anticiparse a situaciones de riesgo para luego distenderlos atendiendo la respuesta muscular que se produce, notando el estado de tensión y relajación (Sánchez-Meca et al., 2010).

Técnicas de respiración diafragmática.

Esta técnica consiste en respirar llenando el estómago de aire y expulsándolo posteriormente de forma lenta y progresiva. Se encuentra asociada a la hiperventilación producida en los estados de ansiedad, por lo que para reducirlos es necesario pedir al paciente que respire haciendo uso del diafragma y no realizando la respiración con el pecho (Buela-Casal et al., 2001).

Reestructuración cognitiva.

Se basa en la modificación de creencias y esquemas de pensamiento que se comienzan a formar desde la infancia y que intervienen en la interpretación de la realidad del individuo, es por ello que esta técnica reestructura las valoraciones que este tiene con respecto a lo que considera peligroso o amenazante. El paciente identifica y cuestiona sus pensamientos desadaptativos (Sánchez-Meca et al., 2010).

Técnicas de desensibilización sistemática

Creada por Wolpe en 1985, postula que la ansiedad ante las situaciones temidas es condicionada, es decir, aprendida. Se busca contra condicionar la respuesta hasta lograr eliminarla (Buela-Casal et al., 2001).

La técnica comienza con pasos de relajación previos para que, una vez logrado ese estado de calma, le siga la jerarquización de estímulos previamente elaborados por el terapeuta y paciente. La jerarquización consiste en la presentación de situaciones ansiógenas colocados según la intensidad de esta.

Exposición en vivo

Implica contactarse directamente con la situación ansiógena, esto puede ser de forma gradual o iniciar con estímulos productores de altos niveles de ansiedad, lo que se denomina inundación (Clark & Beck, 2012).

Exposición interoceptiva

Esta técnica se basa en inducir estados de ansiedad mediante la hiperventilación, esto quiere decir que el paciente debe respirar rápido y notar la asociación que existe entre los síntomas físicos y las crisis de pánico, para así debilitar el condicionamiento (Clark & Beck, 2012).

Técnicas de solución de problemas: Bloqueo y autoinstrucciones

Según Ruíz et al. (2012) esta técnica se basa en cerrar los ojos imaginando situaciones desadaptativas y disfuncionales para el paciente, cuando se encuentre concentrado el terapeuta dirá “basta” o dará un golpe en la mesa, preguntando al paciente desconcertado, si continúa pensando en hechos pasados. El objetivo es la redirección del pensamiento al detectar estos pensamientos automáticos.

El entrenamiento en autoinstrucciones, diseñado por Meichenbaum en 1969 busca realizar una modificación en los diálogos internos que impidan la realización satisfactoria de las tareas y actividades. La técnica inicia conceptualizando el problema a tratar, focalizando la atención en los pasos que dará, auto reforzándose y corrigiéndose ante los errores que cometa en el proceso para posteriormente evaluar su desempeño y volver a reforzarse (Ruíz et al., 2012)

Relajación por medio de la imaginación

Esta técnica propone la visualización mental de un contexto determinado, este puede ser un lugar, una emoción y sensaciones que permiten que el paciente pueda lograr un estado profundo de relajación, es muy practicada y recomendada ante síntomas asociados a la ansiedad y estrés, como preparación para una situación estresante que requiera refuerzo y recuperación (Clark y Beck, 2012).

Modelado

Es una técnica cuyo objetivo es que el individuo aprenda nuevos comportamientos, es por ello, que el terapeuta lleva a cabo estos comportamientos para que el paciente lo aprenda observándolo (Contreras, 2015).

Ensayo conductual

Consiste en la práctica de conductas que se desea implementar en el repertorio del paciente, por lo que estas deben ser reforzadas adecuadamente. El ensayo conductual se puede llevar a cabo de forma directa o encubierta (Contreras, 2015)

CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. Datos de filiación

| | |
|-------------------------|---|
| Nombre | : T. |
| Apellidos | : L.P. |
| Edad | : 45 años |
| Fecha de nacimiento | : 17/05/1977 |
| Lugar de nacimiento | : Lima, Perú |
| Lugar de procedencia | : San Isidro |
| Vive con | : Padres y hermano |
| Grado de instrucción | : Superior completa |
| Ocupación | : Entrenamiento de canes |
| Estado civil | : Divorciado |
| Número de hijos | : Ninguno |
| Número de hermanos | : 7 |
| Posición entre hermanos | : Sétimo |
| Religión | : Agnóstico |
| Informante | : El paciente |
| Responsable de atención | : Bachiller Elena Hernández Berrocal |
| Fecha de evaluación | : 24 y 27 de abril, 03 y 07 de mayo de 2022 |

2.2. Motivo de consulta

El evaluado acude solo a la consulta virtual refiriendo: “Tengo ataques de ansiedad muy fuertes desde hace mucho tiempo, ya no puedo alejarme del perímetro del parque de mi casa porque empiezo a sentirme mareado, me falta el aire y me desespero de no tener el control de mí mismo, no me siento presente, se me sale el corazón y me da miedo desmayarme, sobre

todo si estoy solo. Antes podía arriesgarme un poco más e ir a un supermercado o intentar subirme a un bus, pero después de la pandemia ya casi no puedo movilizarme para nada, incluso siento esos ataques de ansiedad estando dentro de mi casa, lo cual no me pasaba antes, pero ahora el miedo a sentirme mal hace que me ocurra donde sea”.

Asimismo, el paciente añade: “La primera vez que me pasó esto tenía once años y no se volvió algo frecuente hasta que tenía más o menos veinte años, porque tenía que tomar el micro para ir a la universidad, donde llegaba con las justas o simplemente me bajaba del bus porque me empezaba un ataque y cuando volvía a casa se me pasaba casi todo el malestar. Mi hermano me llevó al psiquiatra a los veinte, donde me diagnosticaron con agorafobia y nunca quise llevar una terapia porque no tenía la necesidad de moverme de mi casa por el trabajo que tengo paseando perros cerca, además de tener ayudantes, pero esto ya está afectando demasiado mi vida y mis relaciones personales, ninguna pareja quiere quedarse conmigo porque lo único que puedo hacer es invitar a alguien a mi casa o estar en el parque paseando. Se me hace difícil conocer a alguien, ya que me considero tímido y en ocasiones, no sé cómo expresarme. No puedo ir a un cine, a comer a un restaurante, ni a un supermercado. Tampoco la paso bien cuando me ducho, porque siento temor de marearme y que al gritar por ayuda nadie me escuche en el primer piso, es como si en ningún lugar me sintiera a salvo”.

2.3.1. Antecedentes

En el año 1986, cuando el evaluado tenía 10 años, debido a una construcción antigua que estaba al lado de su casa, causó el derrumbe de varias viviendas aledañas, entre estas, la suya, la cual quedó en escombros.

En 1987, cuando aún tenía 11 años, tuvo su primer ataque de pánico en el patio de su colegio por primera vez y de forma inesperada, sin saber qué fue lo que lo ocasionó.

En 1997, cuando el paciente tenía 20 años, fue llevado por su hermano a una consulta psiquiátrica donde le diagnosticaron agorafobia.

2.3. Historia personal

2.3.1. *Etapa prenatal*

Hijo no planificado, sin embargo, al enterarse de la noticia, ambos padres lo tomaron con alegría, puesto que antes de tenerlo, su madre sufrió de una pérdida y casi fallece. Pese a ello, no sufrió ninguna complicación durante el nuevo embarazo, llevó una gestación tranquila y sin sobresaltos.

2.3.2. *Etapa perinatal*

El paciente nació a los 9 meses, por parto natural, al igual que el resto de todos sus hermanos y sin complicaciones, pesó 3 kg y 200 gr y fue alimentado por el pecho de su madre, poniéndolo en contacto directo con ella inmediatamente. Cabe resaltar, que no requirió el uso de incubadora.

2.3.3. *Etapa postnatal*

El evaluado menciona que no hubo dificultades durante la lactancia, según lo que le contó su madre. Comenzó a comer sólidos a los 7 meses. No gateó y comenzó a caminar al año y 9 meses, logrando hacerlo sin ayuda a partir de los 2 años aproximadamente, pero vigilado por su madre. Asimismo, al año y medio ya realizaba asociación de palabras.

Utilizó el bacín hasta los 3 años y posteriormente comenzó a ir al baño con ayuda de su madre hasta que progresivamente se fue acostumbrando, sin inconvenientes.

2.3.4. *Escolaridad*

El paciente no fue a inicial, ya que sus padres no lo consideraban necesario, inició primaria a los 6 años, donde su rendimiento académico fue muy bueno en primero, segundo y tercer grado, sus asignaturas favoritas eran arte y biología, en las cuales se desempeñaba muy bien. Sin embargo, en ocasiones lloraba porque tenía miedo de que sus padres se olvidaran de recogerlo. Tenía dos mejores amigos con los que congeniaba muy bien ya que también eran introvertidos. Antes de empezar quinto de primaria lo cambiaron de colegio debido a los daños

que sufrió su vivienda y tener que cambiar de vecindario, sin embargo, menciona que se adaptó rápido, ya no lloraba por sus padres, pero extrañaba a sus dos mejores amigos del primer colegio, ya que en el nuevo no lograba socializar.

En el nivel secundario mencionó que su rendimiento se mantuvo estable, sin embargo, sus compañeros lo molestaban por ser callado y estudioso, ya que siempre se sentaba al último y casi nunca participaba a menos que le preguntaran algo directamente. Durante esa época no tuvo amigos o un grupo al que pertenecer. Le gustaban los cursos de geografía e historia, teniendo un poco de dificultades con matemática. Asimismo, en primero de secundaria sufrió su primer ataque de pánico, incidente que no se volvió a repetir durante varios años.

En cuanto al nivel superior, ingresó a la universidad a los 17 años a estudiar ingeniería de sistemas. Durante los primeros ciclos de cursos generales, disfrutó de la etapa universitaria e hizo varios amigos, los cuales aún conserva. A partir de cuarto ciclo, comenzó a tener ataques de pánico con mayor frecuencia, en especial cuando tenía que tomar el micro para ir y en ocasiones la ansiedad lo obligaba a bajarse y volver a casa, también tenía ataques de pánico frecuentemente en el aula durante las clases, por lo que se retiró de la universidad durante un año, retomando los estudios después de que fuera con un psiquiatra, el cual le recetó algunas pastillas para esos episodios y recomendó terapia, pero el evaluado no quiso acudir a un psicólogo. De este modo, culminó la carrera a los 26 años, lo cual lo hizo sentir muy orgulloso de sí mismo.

2.3.5. Enfermedades

Dentro de su historial médico, durante la infancia y adolescencia no tuvo ninguna enfermedad de consideración o problema de salud.

A los 20 años acudió al psiquiatra donde le diagnosticaron agorafobia con trastorno de pánico, sin embargo, no siguió un tratamiento para ello más que el farmacológico.

2.3.6. Historia psicosexual

Sus padres nunca le hablaron acerca de sexualidad, menciona que no le tomaban importancia al tema, se fue enterando de algunas cosas debido a sus hermanos y el resto lo aprendió en el colegio, en las charlas de educación sexual que se brindaban.

A los 11 años comenzó a sentir atracción por el sexo opuesto al iniciar secundaria, donde le gustaban algunas compañeras, pero no se atrevía a hablar con ninguna ya que se ponía muy nervioso, por lo que no llegó a entablar una relación más allá de una amistad hasta graduarse.

A los 18 años manifiesta haber tenido su primera enamorada “Ana”, con quien también tuvo su primera experiencia sexual. La conoció en los primeros ciclos de la universidad y pasaron 6 meses antes de que tuvieran relaciones sexuales. El evaluado menciona que no deseaba tener intimidad porque tenía miedo de no estar preparado y de que su cuerpo no respondiera. Es por ello que resultó siendo una experiencia negativa ya que no pudo concretar el acto debido a la vergüenza que sentía y al poco tiempo “Ana” terminó con la relación ya que estos acontecimientos se volvieron frecuentes. Asimismo, el paciente refiere que se sentía muy cómodo con la masturbación y que prefería ello a estar con una mujer que lo hiciera sentir avergonzado.

Por otro lado, a los 26 años, luego de concluir la universidad, tuvo a su segunda enamorada “Valeria”, a quien conoció en el trabajo. El paciente le advirtió desde el inicio sobre la dificultad que tenía para mantener relaciones sexuales, por lo que “Valeria” se mostró comprensiva con él e intentó que se sintiera cómodo en todo momento, solo lograron tener relaciones en una ocasión en la que se encontraba relajado. Debido a la comprensión que ella mostraba y al no resultarle tan fundamental la vida sexual, duraron 8 años juntos, donde ella se adaptó al estilo de vida del evaluado, ya que, cabe resaltar, este había comenzado a presentar ataques de pánico más frecuentemente y no podían acudir a lugares públicos como al cine, a

comer o a una fiesta, lo cual comenzó a resultar incómodo para “Valeria”, por lo que no funcionó la relación y la ruptura le resultó muy dolorosa.

A los 35 años conoció a “Karla” por redes sociales. Ella vivía en Argentina y conversaban a diario. Llevaron una relación virtual aproximadamente durante un año, donde su vida sexual era satisfactoria ya que no implicaba el contacto físico directo sino solo virtual debido a la distancia. Al transcurrir ese año, el evaluado le pidió matrimonio y ella viajó a Perú para quedarse a vivir con él, donde finalmente se casaron. Los primeros meses después de su matrimonio fueron buenos debido a que el paciente tenía más confianza con ella y podían tener relaciones sexuales cada cierto tiempo sin ningún inconveniente, pero al estar por cumplir 1 año de casados, nuevamente no podía tener erecciones y “Karla” le reclamaba porque al haberlo hecho antes sin problemas, pensaba que se debía a que no la deseaba lo suficiente. Después de 3 años de convivencia en la casa de los padres del paciente, decidieron separarse, debido a que ambos sentían que la relación se había transformado más en una amistad. Fue una separación pacífica, llegando a un acuerdo de divorcio.

Luego de su divorcio, a los 40 años comenzó a buscar parejas por aplicativos o páginas de citas, donde conoció a “María”, su última pareja. Al igual que en la relación con su ex esposa, el paciente le comentó acerca de su agorafobia y la vergüenza que sentía al tener intimidad con una mujer, pero ella también se mostró muy comprensiva. Tuvieron su primera cita en la casa de él y ella le propuso irse a vivir juntos. A los 3 meses de llevar una relación agradable, rentaron un departamento, pero a la semana él tuvo que irse ya que tenía ataques de pánico muy frecuentes y no se sentía seguro en ese lugar. Por lo tanto, “María” decidió terminar la relación porque le manifestó que no había forma de emprender o llevar a cabo ningún proyecto juntos y que, aunque sabía que él no tenía la culpa, la vida en pareja sí era importante para ella. El paciente menciona que no le impactó tanto ya que solo duraron 8 meses y que

estaba preparado para ese tipo de situaciones. Por ende, después de esa relación, decidió continuar soltero hasta la actualidad.

2.3.7. *Vida marital*

En el año 2013, cuando el paciente tenía 35 años, conoció a su ex esposa “Karla” mediante redes sociales porque que ella vivía en Argentina, pero al proponerle matrimonio decidió venir a vivir a Perú y se casaron. El evaluado refiere que al principio las cosas marchaban muy bien cuando recién llegó y se sentía muy enamorado, llegando a tener por momentos relaciones sexuales de forma satisfactoria, ya que menciona que ella lo hacía sentir cómodo y comprendido, además de tomar la iniciativa. Sin embargo, refiere que comenzó a dejar de sentir deseo sexual por ella y esta le reclamaba constantemente, además de decirle que no ponía de su parte en superar su fobia. En una ocasión, él la escuchó hablando por teléfono con su madre y contándole lo insatisfecha y aburrida que se sentía, ya que el no poder hacer una vida marital y movilizarse dentro de solo ese perímetro la tenía harta, porque además estaban viviendo en casa de los padres del evaluado. Desde ese momento comenzaron las discusiones fuertes ya que, aunque el paciente no mencionó lo mal que lo hizo sentir escucharla hablar de su vida privada con alguien más, dejó de esforzarse por la relación, lo cual empeoró la percepción que tenía de por sí “Karla” de la situación. Por ende, luego de 3 años ambos tomaron la decisión de divorciarse, lo cual, fue percibido como un fracaso más en la vida del paciente y refirió haberse deprimido, pero no por perderla, sino por creer que nunca podría formar una familia.

2.3.8. *Vida laboral*

El paciente manifestó haber hecho prácticas pre profesionales a los 25 años en una empresa durante sus estudios de ingeniería de sistemas, trabajo al cual no se adaptó debido a sus constantes ataques de pánico al ser un lugar cerrado y convivir con tanta gente en las oficinas.

Luego de terminar la universidad, debido a su gusto por los perros y no poder desempeñarse como deseaba en ingeniería de sistemas, a los 28 años comenzó a ver videos acerca de entrenamiento canino, para lo que resultó teniendo mucho talento, pues al cabo de un tiempo ya se encontraba dando clases cerca de su casa y al aire libre a las mascotas de algunos vecinos y conocidos. A la vez, fundó una empresa de paseo y guardería de perros, haciéndose cada día más conocido y actualmente dedicándose completamente a ello, manifestando que congenia a la perfección con su estilo de vida, ya que ello no implica exponerse a situaciones que le generen ansiedad. Asimismo, menciona que no realiza entrenamientos en interiores ya que al intentarlo tuvo, en diversas ocasiones, crisis de pánico.

2.3.9. Vida social

El paciente refiere que, durante su niñez, fue muy sumiso, debido a que sus padres lo gritaban constantemente y se sentía retraído. Le costaba acercarse a otros y era muy asustadizo, solo se relacionaba con sus hermanos, que, en algunas ocasiones, le hacían bromas pesadas por ser el menor. Tenía dos amigos en primaria con los que le gustaba jugar en el parque del colegio y en ocasiones, participar en un partido de fútbol si es que estaban ellos acompañándolo.

Durante su adolescencia era mucho más cercano a sus hermanos, pero continuaba siendo retraído en el colegio, donde no tenía amigos, sobre todo al iniciar secundaria. El evaluado menciona que se sintió muy solo en esa época ya que nadie le hablaba y lo miraban como si fuese una persona extraña y a la que “había que molestar”.

A lo largo de toda la juventud y adultez refiere haber sido de “perfil bajo”, teniendo muy pocos amigos en la actualidad, siendo la mayoría conocidos o amigos de sus hermanos. Sin embargo, casi nunca se reúnen y las pocas veces que lo hacen suelen jugar juegos de mesa o cocinar en su casa. Por otro lado, mantiene una buena relación con los paseadores de mascotas con los que trabaja y convive la mayor parte de sus días ya que menciona que se siente cómodo y en confianza con ellos.

2.3.10. Hábitos e intereses

El paciente comentó que disfruta de su tiempo libre viendo televisión, haciendo crucigramas, escuchando música y armando rompecabezas, siendo esta última la actividad que más le gusta. También mencionó que le gustaba hacer picnic en el parque cuando ve a alguna amistad, así como pasar tiempo con sus perros y enseñarles nuevos trucos.

2.3.11. Rasgos de personalidad

Introvertido

Reflexivo

Observador

Cordial

Sensible

Tenso

Aprensivo

Evitativo

Dependiente

2.4. Historia familiar

El evaluado tuvo una familia nuclear, creció con ambos padres y hermanos, siendo su madre la que más se preocupaba por su bienestar y cuidado, así como implantarles valores a todos sus hijos, mientras que su padre trabajaba la mayor parte del tiempo y cuando se encontraba en casa era muy estricto y aprensivo con ellos.

Asimismo, ya que sus hermanos eran mayores que él por varios años, le servían como modelos y referentes de conducta, debido a que el paciente no tenía una buena relación con su padre y siempre lo castigaba con golpes, al igual que a sus hermanos cuando tenían su edad. Por otro lado, cuando estos incidentes ocurrían, su madre no intervenía, pese a ser protectora y cariñosa con sus hijos, nunca le daba la contra a su esposo, mostrándose sumisa.

Con lo anteriormente expuesto, se procede a describir, según lo referido por el paciente, a los integrantes de su familia

Padre: Su padre “César” tiene 91 años, actualmente se encuentra jubilado, pero se dedicaba a la docencia. En 1986 tuvo un infarto debido a que sufre de hipertensión y estuvo bajo muchos niveles de estrés cuando ocurrió el derrumbe de la casa, por lo que sus hermanos mayores pasaron a ocuparse económicamente del hogar e influir en su crianza. Asimismo, refiere que su padre nunca fue cariñoso con sus hijos, siempre les propinaba castigos físicos e insultos si sacaban una mala nota o tenían algún malentendido con él. El evaluado menciona que siempre le tuvo miedo y que, en la actualidad, pese a vivir juntos y estar en casa todo el tiempo, casi no se hablan.

Madre: “Teresa” de 89 años, siempre fue ama de casa. El paciente la describe como buena, centrada, sumisa y con ideas extremistas debido a que era muy religiosa. Intentaba que sus hijos se acercaran a la religión y que dejaran de hacer muchas cosas propias de su edad. A pesar de implantarles buenos valores y modales, no intervenía cuando su esposo castigaba física y verbalmente a sus hijos, solo se quedaba en silencio, al igual que cuando la gritaba a ella. El evaluado refiere que nunca se sintió seguro o protegido a su lado, pese a tener una buena relación con ella.

Hermanos: Su hermano mayor “Richard”, tiene 65 años, es ginecólogo y muy dedicado a su trabajo desde que comenzó sus estudios, actualmente está casado y tiene 2 hijas, siempre se caracterizó por hablar mucho y darle la razón a su padre cuando les gritaba a sus hermanos, pero no pasaba mucho tiempo en casa y se mudó cuando el paciente tenía 9 años. El segundo hermano “Carlos”, tiene 63 años y es abogado, continúa viviendo con él ya que no se ha casado ni ha tenido hijos, también era muy entregado a la religión al igual que su madre y siempre fue el más apegado a ella, era muy protector con sus hermanos, amable y un poco tímido, siempre se llevó bien con el evaluado y actualmente mantienen una buena convivencia. Por otro lado,

“Ciro”, el tercero, tiene 61 años, es ingeniero civil, está casado y tiene un hijo, él era quien más se peleaba con su papá y siempre fue muy rebelde. “Fernando” es el cuarto hermano, tiene 56 años, también está casado y tiene dos hijos, trabaja en la Sunat, el paciente menciona que es el más jovial de sus hermanos y quien se encargaba de hacer reír a todos en momentos de tensión. El quinto hermano, “Humberto”, tiene 52 años, trabaja en la embajada de Estados Unidos, se encuentra casado y tiene una hija, él era el más estudioso de todos y el preferido de su padre ya que siempre lo felicitaba por sus notas, también tenía una buena relación con el evaluado y actualmente se reúnen en cenas familiares o alguna celebración. Por último, “Jorge”, el sexto hermano, tiene 50 años y trabaja en el extranjero, donde formó una familia hace 20 años y se caracterizaba por ser muy optimista, enérgico y los problemas familiares de ese entonces parecían no abrumarle ya que se tomaba todo a la ligera cuando vivía con ellos.

2.5. Examen mental

Porte:

Aparenta su edad cronológica y sexo.

Tez trigueña, cabello corto y de color azul.

Biotipo pícnico.

Desaliño personal y desaseado.

Vestimenta acorde a la estación.

Comportamiento:

Marcha lenta.

Facies de preocupación.

Mirada parcialmente sostenida.

Se truena los dedos

Actitud:

Colaborador en el proceso de evaluación.

Intranquilidad.

Conciencia:

Lucidez

Vigilancia

Orientación:

Orientado adecuadamente en el espacio, tiempo y persona.

Atención:

Atención sostenida.

Intelecto:

Promedio superior.

Pensamiento:

Alteración del contenido: Pensamiento fóbico (agorafobia)

Distorsiones cognitivas: Visión catastrófica, abstracción selectiva frente a situaciones que suponen riesgo, etiquetas globales como “soy tímido”, “soy miedoso”.

Memoria:

Memoria a largo y corto plazo conservada.

Lenguaje:

Tono de voz bajo.

Bagaje de acuerdo con la edad y nivel de educación.

Percepción:

Adecuada interpretación de estímulos.

Afectividad:

Ansiedad patológica

Voluntad:

No presenta alteraciones de la voluntad.

Conciencia del yo:

Despersonalización/Desrealización

Sueño:

Adecuada duración, profundidad y continuidad del sueño.

Apetito:

Ausencia de alteraciones en la alimentación.

Conciencia de enfermedad:

Existe conciencia de enfermedad.

2.6. Listado de signos y síntomas

Signos:

Marcha lenta

Facies de preocupación

Mirada sostenida

Tono de voz bajo y pausado

Actitud colaboradora

Biotipo pícnico

Aparenta edad y sexo

Desaliño personal

Lenguaje coherente

Percepción adecuada

Memoria conservada

Intranquilidad

Movimiento de piernas

Síntomas:

Angustia patológica

Preocupación

Visión catastrófica

Etiquetado

Palpitaciones o aumento de la frecuencia cardiaca

Sensación de ahogo o falta de aire

Mareos

Temor a salir de casa

Miedo a entrar a lugares públicos o donde hay multitudes

Miedo a viajar solo en cualquier medio de transporte

Miedo a perder el control o el conocimiento

Miedo a morir

Miedo a quedarse solo y no ser auxiliado

Hiperhidrosis

Despersonalización/desrealización

Síndrome ansioso

Rasgos de personalidad

Introvertido

Reflexivo

Observador

Cordial

Sensible

Tenso

Aprensivo

Evitativo

Dependiente

2.7. Impresión diagnóstica

Diagnóstico multiaxial según DSM-IV-TR y CIE-10

Tabla 1

Tabla de diagnóstico multiaxial según los manuales DSM-IV-TR y CIE-10

| DSM-IV-TR | CIE-10 |
|---|---|
| Eje I: Trastornos clínicos y de la personalidad <ul style="list-style-type: none">• Trastorno de angustia con agorafobia (300.21) | Eje I: Diagnóstico clínico: <ul style="list-style-type: none">• F40.01 Trastorno de pánico con agorafobia |
| Eje II: Trastornos de la personalidad <ul style="list-style-type: none">• Rasgos de personalidad evitativo | Eje II: Discapacidades en el área de funcionamiento: <ul style="list-style-type: none">• No presenta |
| Eje III: Enfermedades médicas <ul style="list-style-type: none">• No presenta | Eje III: Factores ambientales y del estilo de vida. |
| Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales <ul style="list-style-type: none">• Problemas paterno-filiales | <ul style="list-style-type: none">• Z63.8 Comunicación familiar inadecuada |
| Eje V: Escala de la evaluación de la actividad global <ul style="list-style-type: none">• 70% | |

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2002) y la Clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10.

Diagnóstico nosográfico

F40.01

Trastorno de pánico con agorafobia

Z63.8

Comunicación familiar inadecuada.

Diagnóstico diferencial

F40.02 Agorafobia sin trastorno de pánico

Pronóstico

Favorable

2.8. Informe psicológico

Datos de filiación

| | |
|-------------------------|---|
| Nombre | : T. |
| Apellidos | : L.P. |
| Edad | : 44 años |
| Fecha de nacimiento | : 17/05/1977 |
| Lugar de nacimiento | : Lima, Perú |
| Lugar de procedencia | : San Isidro |
| Vive con | : Padres y hermano |
| Grado de instrucción | : Superior completa |
| Ocupación | : Entrenamiento de canes |
| Estado civil | : Divorciado |
| Número de hijos | : Ninguno |
| Número de hermanos | : 7 |
| Posición entre hermanos | : Sétimo |
| Religión | : Agnóstico |
| Informante | : El paciente |
| Responsable de atención | : Bachiller Elena Hernández Berrocal |
| Fecha de evaluación | : 24 y 27 de abril, 03 y 07 de mayo de 2022 |

Motivo de consulta

El evaluado acudió a la evaluación refiriendo que: “Tengo ataques de ansiedad muy fuertes desde hace mucho tiempo, ya no puedo alejarme del perímetro del parque de mi casa porque empiezo a sentirme mareado, me falta el aire y me desespero de no tener el control de

mí mismo, no me siento presente, se me sale el corazón y me da miedo desmayarme, sobre todo si estoy solo. Antes podía arriesgarme un poco más e ir a un supermercado o intentar subirme a un bus, pero después de la pandemia ya casi no puedo movilizarme para nada, incluso siento esos ataques de ansiedad estando dentro de mi casa, lo cual no me pasaba hace antes, pero ahora el miedo a sentirme mal hace que me ocurra donde sea”.

Asimismo, el paciente añadió: “La primera vez que me pasó esto tenía once años y no se volvió algo frecuente hasta que tenía más o menos veinte años, porque tenía que tomar el micro para ir a la universidad, donde llegaba con las justas o simplemente me bajaba del bus porque me empezaba un ataque y cuando volvía a casa se me pasaba casi todo el malestar. Mi hermano me llevó al psiquiatra donde me diagnosticaron con agorafobia y nunca quise llevar una terapia porque no tenía la necesidad de moverme de mi casa por el trabajo que tengo paseando perros cerca, además de tener ayudantes, pero esto ya está afectando demasiado mi vida y mis relaciones personales, ninguna pareja quiere quedarse conmigo porque lo único que puedo hacer es invitar a alguien a mi casa o estar en el parque paseando. Se me hace difícil conocer a alguien, ya que me considero tímido y en ocasiones, no sé cómo expresarme. No puedo ir a un cine, a comer a un restaurante, ni a un supermercado. Tampoco la paso bien cuando me ducho, porque siento temor de marearme y que al gritar por ayuda nadie me escuche en el primer piso, es como si en ningún lugar me sintiera a salvo”.

Técnicas e instrumentos psicológicos aplicados

Entrevista psicológica

Observación conductual

Pruebas aplicadas:

Test de matrices progresivas Raven

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario clínico multiaxial Millon II

Inventario de pensamientos automáticos (IPA)

Observaciones generales y de conducta

Paciente de sexo masculino, de aproximadamente 1.70 m de estatura, tez trigueña, contextura gruesa, aparenta edad cronológica y con una vestimenta acorde a la ocasión y estación. Se mostró colaborador durante todo el proceso. Asimismo, se observó un poco de desaliño personal debido a su trabajo. Al iniciar la evaluación tenía una marcha lenta y facies de preocupación. Se encontraba lúcido, orientado en las tres esferas: tiempo, espacio y persona. Por otro lado, se evidenció ansiedad patológica y miedo a los síntomas. El evaluado presentó una adecuada capacidad de percepción, siendo capaz de interpretar aspectos del entorno. Su nivel de pensamiento fue abstracto y fluido, sin embargo, se evidenciaron alteraciones en el contenido del mismo, pensamiento fóbico y distorsiones cognitivas de tipo catastrófico. Con respecto al lenguaje, utilizó un tono de voz bajo y manejó un discurso fluido y coherente. Se concentró en las preguntas y mantuvo una atención sostenida. Su memoria, tanto a corto como a largo plazo fue óptima ya que fue capaz de evocar hechos de la actualidad y pasados. Con respecto a la afectividad, se observó ansiedad patológica, mostrando signos de esta a lo largo de la evaluación.

Interpretación de resultados

En el área de inteligencia, el evaluado obtuvo un percentil de 75, lo cual lo ubicó en un rango superior al término medio. Ello evidenció la alta capacidad del evaluado para realizar comparaciones, razonar por analogía y organizar percepciones espaciales integrándolas en un todo.

En el área de personalidad, denotó una personalidad de tipo evitativo, por lo cual, en diversos momentos de la entrevista, manifestó no sentirse a gusto rodeado de personas, tampoco mostró interés hacer nuevos amigos, ya que la mayoría de sus relaciones interpersonales se disolvieron debido a no poder organizar ningún plan o dedicarle tiempo de

calidad a otros, por lo que tomó la decisión de aislarse por temor a ser rechazado o juzgado. Por otro lado, se observó una tendencia auto-derrotista, llegando a costarle mucho trabajo confiar en sí mismo.

En el área de afectividad, el paciente obtuvo a nivel cuantitativo un puntaje de 52, ello lo ubicó en un nivel severo de ansiedad, lo cual fue respaldado mediante el criterio clínico, debido a los síntomas referidos por el paciente como el miedo intenso a desmayarse o perder el control de sí mismo, no recibir ayuda si se siente mal cuando se encuentra solo o cuando acude a lugares concurridos, sobre todo multitudes y medios de transporte. Asimismo, mencionó no sentirse a salvo en ningún lugar, ya que las crisis de pánico también las llegó a presentar estando en casa realizando actividades cotidianas, lo cual alteró considerablemente su funcionalidad. Del mismo modo, presentó pensamientos de filtraje, concentrándose en los aspectos negativos de determinada situación, así como una visión catastrófica del futuro, también se encuentran otros pensamientos automáticos como “debería”, sintiéndose culpable cuando no seguía ciertas reglas y etiquetaje, generalizando sus cualidades negativas.

Conclusiones

En el **área de inteligencia**, se evidenció una categoría correspondiente al nivel superior al término medio, lo cual es un indicador de que el evaluado es capaz de comparar, tiene un razonamiento abstracto y una óptima organización perceptual.

En el **área de personalidad** se observó una personalidad de tipo evitativo, debido a que se aislaba de los demás y casi nunca tenía contacto con amigos o conocidos porque no podía compartir ninguna actividad con ellos y se sentía retraído al interactuar con nuevas personas por temor a qué pudieran pensar de él, así como una tendencia auto-derrotista.

En cuanto al **área afectiva**, se pudo apreciar un nivel de ansiedad severa, ya que el paciente no podía salir solo de su casa por temor a tener un ataque de pánico, así como evitar las multitudes y los transportes públicos, presentando, a su vez, pensamientos de tipo

catastrófico, lo cual ha perjudicado su desenvolvimiento social, funcionalidad en el trabajo y su calidad de vida en general. Asimismo, se observaron pensamientos automáticos como el filtraje, una visión catastrófica acerca del futuro o de algún suceso y culpa ante normas o reglas que no son cumplidas por él mismo, al igual que el etiquetado de sus cualidades negativas.

Recomendaciones

Terapia cognitivo-conductual

Tratamiento psiquiátrico

2.3. Análisis funcional

Figura 1

Análisis funcional del paciente

| Antecedente | Respuesta | Consecuencia |
|--|--|--|
| <p><u>Externo</u> Cada vez que se encuentra en lugares públicos como supermercados</p> <p><u>Interno</u> Recordar que se puede sentir mal en cualquier momento y comenzar a hiperventilarse.</p> <p><u>Externo</u> Estar en el carro, aunque otro esté manejando, en la hora punta de tráfico.</p> <p><u>Interno</u> Imaginar que no podrá encontrar la salida y se va a asfixiar.</p> | <p><u>Cognitivo</u> <u>Pensamiento Automático:</u> “Me voy a morir y no podré salir”. “Me voy a asfixiar en el carro”. <u>Creencias Intermedias:</u> “Tengo que aprender a evitar estos lugares” “No debo subir a vehículos” <u>Creencias Nucleares:</u> “La gente se burla de mí” “Soy un miedoso”</p> <p><u>Emocional</u> Ansiedad patológica Miedo</p> <p><u>Fisiológico</u> Dolor en el pecho, ritmo cardíaco acelerado, hiperventilación, hiperhidrosis, náuseas y mareos, malestar estomacal, sequedad de boca, acaloramiento.</p> <p><u>Motor</u> Movimiento de manos y pies Evasión de mirada</p> | <p><u>Externo</u> Procede a retirarse del lugar escapando de la situación. Planifica otra ruta de tránsito para evitar el tráfico o no sube al vehículo.</p> <p><u>Interno</u> Auto verbalizaciones encubiertas: “Lo que siento está solo en mi cabeza”. “En realidad no me va a pasar nada”.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p>Latencia: Inmediata</p> <p>Duración: El tiempo que permanezca en la situación temida.</p> <p>Frecuencia: Cada vez que se encuentra en dicha situación.</p> <p>Intensidad: 10/10</p> </div> |

Figura 2

Análisis funcional del paciente

| Antecedente | Respuesta | Consecuencia |
|---|---|--|
| <p><u>Externo</u> Encontrarse lejos de casa en un lugar desolado y sin compañía.</p> <p><u>Interno</u> Miedo a un ataque de pánico sin poder recibir ayuda.</p> <p><u>Externo</u> Estar dentro de casa en situaciones donde resultaría difícil escapar rápidamente (ir al baño o ducharse)</p> <p><u>Interno</u> Miedo a sentirse mal y no poder acudir rápido a su habitación o pedir ayuda.</p> | <p><u>Cognitivo</u></p> <p><u>Pensamiento Automático:</u> “Nadie me va a auxiliar si me siento mal” “Si me muero nadie me va a encontrar”</p> <p><u>Creencias Intermedias:</u> “Siempre tengo que salir acompañado por si me siento mal” “Tengo que estar listo para poder escapar”</p> <p><u>Creencias Nucleares:</u> “No soy capaz” “Me siento mal en todos lados”</p> <p><u>Emocional</u> Ansiedad patológica Miedo</p> <p><u>Fisiológico</u> Dolor en el pecho, ritmo cardíaco acelerado, hiperventilación, hiperhidrosis, náuseas y mareos, malestar estomacal, sequedad de boca, acaloramiento.</p> <p><u>Motor</u> Movimiento de manos y pies Evasión de mirada</p> | <p><u>Externo</u> Procede a retirarse del lugar escapando de la situación. Planifica otra ruta de tránsito para evitar el tráfico o no sube al vehículo. Evita salir solo en todo momento. Evita ducharse o acudir al baño más de una vez al día.</p> <p><u>Interno</u> Auto verbalizaciones encubiertas: “Lo que siento está solo en mi cabeza”. “En realidad no me va a pasar nada”. “No me voy a morir”.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p>Latencia: Inmediata</p> <p>Duración: El tiempo que permanezca en la situación temida.</p> <p>Frecuencia: Cada vez que se encuentra en dicha situación.</p> <p>Intensidad: 10/10</p> </div> |

CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1. Justificación

De acuerdo con la información que se recopiló durante el proceso de evaluación, se evidenció que el paciente presenta Trastorno de pánico con agorafobia. En el área afectiva, se apreciaron niveles severos de ansiedad originados por el miedo a padecer nuevos ataques de pánico al encontrarse en situaciones de las que sería difícil escapar u obtener ayuda, desde alejarse de casa hasta realizar actividades dentro de ella que puedan desencadenar un episodio de ansiedad, como encontrarse solo en el baño o estar atrapado en el tráfico, en dichos episodios piensa que podría morir o perder el control de sí mismo.

Asimismo, el evaluado cree que no puede soportar enfrentarse a los estímulos que percibe como amenazantes, ya que al hacerlo presenta taquicardia, hiperhidrosis, mareos, ganas de vomitar y presión en el pecho. Estos episodios que sufre desde la adolescencia han ido afectando y deteriorando poco a poco su calidad de vida y autoestima, haciéndolo abandonar vínculos sentimentales y distanciarse de amistades debido a no poder alejarse de casa, así como limitar su desempeño laboral requiriendo de compañía.

Es por ello que se da inicio al proceso de intervención psicoterapéutico bajo el modelo cognitivo-conductual, aplicando la Terapia Racional Emotiva (TREC), la cual es una de las que ha tenido mayor relevancia en el ámbito psicoterapéutico y cuyo objetivo no es la anulación de emociones, sino que estas se den de forma más adaptativa y moderada (Palomino et al. 2017). Para ello se hizo uso del modelo ABC, el cual considera el evento causante (A), las creencias que la persona tiene sobre este evento (B) y las consecuencias de este (C). Uno de los objetivos más importantes de la TREC es la modificación del entorno para que el cliente se sienta un poco más calmado en cuanto a estímulos externos (Lega et al., 2017).

Por ende, se trabajaron ejercicios de respiración para reducir los niveles de ansiedad, reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos con respecto a sí mismo y el

contexto, la relajación muscular para identificar la tensión y distensión del cuerpo en momentos de ansiedad, técnicas conductuales como la exposición en vivo, así como algunas tareas para practicar luego de la sesión.

3.2. Objetivos.

Objetivo general

Reconocer y modificar el sistema de creencias distorsionadas por otras más adaptativas y realistas, así como la moderación de respuesta de ansiedad frente a las crisis de pánico y sus desencadenantes, logrando una mejor funcionalidad en el ámbito personal, social y laboral.

Objetivos específicos

Dar a conocer los resultados del proceso de evaluación mediante la explicación objetiva de la problemática y definir el plan de intervención estableciendo el contrato psicoterapéutico y la alianza entre ambas partes.

Psicoeducar al paciente acerca del trastorno de pánico con agorafobia en base al modelo cognitivo-conductual y explicar la diferencia entre ansiedad saludable y ansiedad patológica

Explicarle al paciente acerca de la técnica de respiración diafragmática para que, de este modo, pueda conseguir notar sus estados de ansiedad.

Implementar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson con el fin de notar la diferencia entre tensión y distensión.

Identificar el sistema de creencias irracionales que ayudan a mantener el problema para así poder modificarlas con pensamientos más adaptativos a la situación.

Entrenar al paciente para que él mismo pueda identificar y modificar sus pensamientos irracionales, sustituyéndolos por otros más racionales y con mayor flexibilidad mediante técnicas de imaginación.

Conseguir el reconocimiento de la irracionalidad de los pensamientos por parte del propio paciente a través de ensayos conductuales.

Entrenar al paciente en solución de problemas para facilitar la toma de decisiones.

3.3. Metodología

Este estudio de caso se basa en la estrategia manipulativa de diseño de caso único, basado en un proceso terapéutico de intervención que implica el registro continuo de la conducta del caso mediante sesiones aplicadas a lo largo de determinado tiempo (Alto et al., 2013).

Se estableció un contrato psicoterapéutico con el paciente, quien se comprometió a participar activamente durante el proceso de intervención y cumplir con las tareas que se dejen para practicar en casa, así como el profesional a explicar y entrenar mediante las diversas técnicas terapéuticas.

El desarrollo de la psicoterapia se llevó a cabo en 14 sesiones una vez por semana con una duración aproximada de 45 minutos y 2 sesiones posteriores de seguimiento, en las cuales se hizo uso de las técnicas mencionadas anteriormente con el fin de alcanzar los objetivos trazados.

A continuación, en la tabla 2 se exponen las sesiones del programa de intervención terapéutica:

Tabla 2*Programa de intervención cognitivo-conductual para el trastorno de pánico con agorafobia*

| Sesiones | Objetivos | Técnicas | Actividades |
|-----------------|--|--|--|
| 1 | Mediante la psicoeducación, explicarle al paciente la problemática desde el modelo cognitivo-conductual | Psicoeducación Escucha activa | |
| 2 | Entrenar al paciente mediante el ejercicio de respiración diafragmática para lograr identificar los estados de ansiedad. | Psicoeducación Respiración diafragmática Modelado Ensayo conductual Retroalimentación | Realizar un autorregistro de su ritmo cardíaco al iniciar y al finalizar el ejercicio. |
| 3 | Implementar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo I) con el objetivo de identificar los estados de tensión y distensión en el cuerpo junto con la respiración diafragmática | Psicoeducación Ensayo conductual Modelado Relajación muscular progresiva. Respiración diafragmática Retroalimentación | Practicar el ejercicio trabajado durante la sesión, realizando el autorregistro de las pulsaciones al inicio y fin del ejercicio. |
| 4 | Lograr que el paciente pueda identificar los estados de ansiedad mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo II) junto con la respiración diafragmática. | Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva Relajación por medio de la imaginación. Ensayo conductual Modelado Retroalimentación | Realizar el ejercicio llevado a cabo durante la sesión combinando ambas técnicas (respiración diafragmática y relajación muscular) registrando las pulsaciones al inicio y fin del ensayo. |
| 5 | Lograr que el paciente identifique y controle sus estados de ansiedad mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo III) junto con la respiración diafragmática. | Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva Relajación por medio de la imaginación Ensayo conductual Modelado Retroalimentación | Practicar el ejercicio realizado en la sesión combinando ambas técnicas de relajación, comprobando las pulsaciones antes y después de llevarlo a cabo. |
| 6 | Que el paciente note que es capaz de controlar sus episodios de ansiedad mediante la relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo IV) a la vez que se practica la técnica de respiración diafragmática. | Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva Relajación por medio de la imaginación Ensayo conductual Modelado Retroalimentación | Realizar el ejercicio combinando ambas técnicas de relajación controlando las pulsaciones. |

Tabla 2*Programa de intervención cognitivo-conductual para el trastorno de pánico con agorafobia**(continuación)*

| Sesiones | Objetivos | Técnicas | Actividades |
|-----------------|--|---|--|
| 7 | Lograr que el paciente identifique sus estados de ansiedad y relajación mediante la combinación de la respiración diafragmática y el uso de todos los grupos musculares en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. | Relajación muscular progresiva de Jacobson Relajación por medio de imaginación. Respiración diafragmática Ensayo conductual Retroalimentación | |
| 8 | Implementar la técnica de exposición interoceptiva en el paciente con el objetivo de que pueda debilitar la asociación entre sus sensaciones corporales y conductas de pánico. | Psicoeducación Exposición interoceptiva Ensayo conductual Retroalimentación | Realizar la técnica de exposición interoceptiva en casa registrando los niveles de ansiedad. |
| 9 | Ejecutar la técnica de exposición interoceptiva, explicándole la relación entre los pensamientos, emociones y conductas. | Psicoeducación Exposición interoceptiva Ensayo conductual Reestructuración cognitiva Retroalimentación | Realizar un registro de sus pensamientos, emociones y conductas. |
| 10 | Lograr que el paciente detecte cuáles son sus interpretaciones ante situaciones que le generan ansiedad para modificar los pensamientos desadaptativos, así como explicar los tipos de debate. | Psicoeducación Escucha activa Reestructuración cognitiva Exposición directa Retroalimentación | |
| 11 | Explicar al paciente sobre el sistema de creencias y evaluar su capacidad de debate | Psicoeducación Escucha activa Reestructuración Cognitiva Retroalimentación | |
| 12 | Explicar la técnica de solución de problemas y reforzar la sesión anterior. | Psicoeducación Solución de problemas Retroalimentación | Ejecutar la técnica de solución de problemas en determinada situación que genere conflicto y encontrar la solución más adecuada. |
| 13 | Brindarle información al paciente acerca de los estilos de comunicación que existen para así mejorar sus interacciones sociales. | Psicoeducación Estilos de comunicación Habilidades sociales | Identificar y anotar cuáles considera que son estilos de comunicación inadecuados o desadaptativos. |

Tabla 2

Programa de intervención cognitivo-conductual para el trastorno de pánico con agorafobia

| Sesiones | Objetivos | Técnicas | Actividades |
|-----------------|---|---|--------------------|
| 14 | Retroalimentar y reforzar la sesión anterior, revisando la tarea asignada sobre los estilos inadecuados de comunicación e implementar los asertivos en su repertorio. | Habilidades sociales Estilos de comunicación | |
| 15 y 16 | Seguimiento sesión 1 Seguimiento sesión 2 | | |

Nota: Elaboración propia del programa psicoterapéutico para el trastorno de pánico con agorafobia.

3.4. Procedimiento

En el siguiente apartado, se describen las sesiones en la intervención psicoterapéutica.

Se utilizaron las siglas: (P) Paciente y (T) Terapeuta durante el desarrollo de cada sesión.

Sesión N°1

08/06/22

Objetivos de la sesión:

Establecer la alianza terapéutica.

Dar a conocer la problemática del paciente desde el modelo cognitivo-conductual.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación.

Escucha activa.

Descripción de la sesión:

Se le dio la bienvenida al paciente, reforzando el hecho de iniciar este proceso por iniciativa propia para el manejo de su sintomatología. Asimismo, se procedió a revisar el contrato psicoterapéutico, detallando la sesión a continuación:

Terapeuta: Buenas tardes, Toño. ¿Cómo estuvo tu fin de semana?

Paciente: Igual que siempre, señorita.

T: Y cuéntame un poco ¿Cómo es “igual que siempre”?

P: En mi casa, paseando a mis perros, buscando algún programa para distraerme del malestar.

T: ¿Distraerte de la ansiedad que sientes?

P: Así es, sobre todo porque mañana es lunes y la jornada de trabajo será larga, además de que hay mucho tráfico y me puedo sentir mal.

T: Bueno, Toño, no te preocupes que iniciaremos el proceso de psicoterapia con el objetivo de que aprendas a disminuir ese nivel ansiedad por ti mismo.

P: Sí, porque ya estoy harto de no poder hacer mis cosas, de dejar que esto me domine y haberlo postergado tanto tiempo...me ha quitado muchas cosas esta enfermedad.

T: Entiendo cómo te sientes, es por ello que es muy importante que sepas que la terapia es un proceso que requiere tiempo y sobre todo tu compromiso con asistir a las sesiones programadas, las cuales son 14 y se darán una vez por semana, además de realizar las tareas designadas para que puedas hacer uso de las técnicas aprendidas por ti mismo.

P: Sí señorita, de verdad que estoy bien comprometido con esto y tengo bastantes ganas de mejorar, eso también me ayudaría laboralmente.

T: Me alegra oír eso Toño, te voy a explicar un poco en que va a consistir nuestra terapia, llevaremos a cabo la Terapia Racional Emotiva o TREC, que pertenece a la terapia Cognitivo-Conductual y tiene la finalidad de modificar algunos pensamientos que no son racionales e interfieren con nuestra vida diaria causándonos malestar y sustituirlos por otros más racionales, de este modo también tendremos emociones y conductas más saludables. Con la terapia buscamos que tú mismo puedas efectuar ese cambio.

P: Está bien, estoy de acuerdo.

T: Me gustaría empezar hablándote un poco de la ansiedad, que es una emoción que sentimos todos los seres humanos cuando nos encontramos frente a un peligro que puede ser real o imaginario y ocasiona un impacto en nuestro cuerpo y mente. Sin embargo, la ansiedad puede convertirse en un problema al presentarse en niveles elevados y frente a situaciones que en realidad no suponen una amenaza, que es lo que justamente te está ocurriendo.

P: En mi caso es completamente desadaptativa entonces porque no me deja hacer casi nada.

T: Exacto, eso es en lo que vamos a trabajar. Te explicaré brevemente la dinámica de los componentes de la ansiedad y como estos influyen en las crisis de pánico.

Figura 3

Cuadro sobre la ansiedad desadaptativa

| Componentes | | |
|--|---|---|
| Fisiológico | Cognitivo | Conductual |
| Dolor o presión en el pecho. Tensión muscular. Náuseas y mareos. Hiperhidrosis. Insomnio Dolor de cabeza Problemas digestivos. Aumento del ritmo cardíaco | “Me voy a morir” “Me voy a volver loco” “Me voy a desmayar” | Conductas de escape y evitación ante el malestar. |

Nota. Adaptado de “Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria” (p.498), por W. Navas y M.J. Vargas, 2012, revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX.

T: Ahora que hemos establecido como funciona la ansiedad desadaptativa y cuáles son las principales respuestas ante esta, procederé a explicarte sobre el trastorno de pánico y agorafobia. ¿Recuerdas que hablamos sobre modificar pensamientos? Bueno, pues el trastorno de pánico implica una interpretación catastrófica de activadores fisiológicos, como puede ser el hecho de sentirte mareado al pararte muy rápido de la cama y darle un carácter amenazante. Siguiendo esa misma línea, la agorafobia se distingue por la

presencia de angustia al estar en situaciones o lugares de los cuales sería difícil escapar si apareciera un ataque de pánico, como cuando mencionas que te encuentras en el tráfico y comienzas a sentirte hiperventilado o atrapado.

P: Lo del tráfico es algo que me pasa mucho, por eso siempre necesito a alguien a mi lado que maneje el carro.

T: ¿Qué sueles hacer cuando estás en el tráfico y tienes un ataque de pánico?

P: Abro la puerta y me bajo aun así estemos en verde.

T: Exacto, da pie a múltiples conductas de escape y evitación de la situación que nos genera miedo, pero a la vez es justamente eso lo que ocasiona que el miedo se mantenga.

Al modificar los pensamientos desadaptativos, también modificaremos conductas.

P: Sí, había leído mucho sobre la enfermedad, pero ahora entiendo mejor que la ansiedad no necesariamente es mala y me sentí muy identificado con los síntomas que mencionaste.

T: Que bueno Toño, lo que haremos en estas sesiones es que tú puedas reducir y controlar esos síntomas implementando nuevas formas de pensamiento ante esas circunstancias.

P: Gracias señorita, eso es lo que más necesito.

T: Bien, luego de haber conocido un poco estos procesos ¿tienes alguna duda?

P: No, no, está todo claro, doctora.

T: En ese caso, agradezco mucho tu presencia, Toño. Recuerda que conforme vayamos avanzando te iré dejando algunas actividades para que realices en casa, por lo que sería recomendable que trajeras un cuaderno ¿de acuerdo?

P: Perfecto, señorita.

T: Nos vemos la próxima semana.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos establecidos

Sesión N°2

15/06/22

Objetivos de la sesión:

Mediante el ensayo conductual, enseñarle al paciente la técnica de respiración diafragmática para identificar los estados de ansiedad y relajación.

Explicar al paciente acerca de las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS)

Lograr la disminución de los niveles de ansiedad tras la ejecución del ejercicio.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación.

Respiración diafragmática

Modelado.

Ensayo conductual.

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: A continuación, se procederá a describir la sesión psicoterapéutica, centrada en implementar en el paciente la técnica de la respiración diafragmática.

T: Buenas tardes, Toño. ¿Cómo te encuentras?

P: Tranquilo, normal en este momento doctora.

T: ¿Eso quiere decir que te has sentido estable esta semana?

P: Más o menos, en un momento sentí que iba a tener un ataque de pánico, pero no llegó a darse.

T: ¿Hace cuánto fue eso?

P: Me parece que hace dos días, era como una ansiedad que no se iba, pero no llegaba a darme el ataque.

T: Entiendo, cuéntame ¿en qué circunstancia ocurrió lo que me comentas?

P: Me había olvidado de comprar unas medicinas para mi perrito, así que tuve que ir solo a la farmacia porque no tenía quien me acompañara, ya era tarde. Está a unas cinco cuadras.

T: ¿Había mucha gente? o... ¿Se demoraron en atenderte?

P: Eso es lo que me pareció más raro, hubo demora, pero no se presentó una situación que me pudiera generar ansiedad a diferencia de otras ocasiones donde hay colas largas o más gente.

T: ¿Cuáles fueron los síntomas que experimentaste?

P: Solamente tuve ideas, o sea pensaba en todo momento que me iba a dar, pero ahí quedó. Me atendieron y me fui rápido.

T: Bueno, Toño, comprendo lo que me dices, justamente te quiero comentar que el día de hoy te enseñaré una técnica que te ayudara a reducir los niveles de ansiedad. Esta técnica se llama respiración diafragmática y puedes realizarla no solo durante los momentos de tensión o estrés sino, en cualquier momento del día, ya sea en las mañanas o antes de irte a dormir y así notar los estados de relajación que experimentas.

P: Siempre me han costado los ejercicios de respiración porque siento que me ahogo.

T: Así es, porque estamos acostumbrados a respirar haciendo uso del pecho, mas no del diafragma, que es un músculo que se encuentra debajo de las costillas y arriba del estómago, lo cual hace que cuando llevemos a cabo este tipo de respiración, se hinche el estómago y no el pecho. ¿Tienes alguna duda?

P: No, señorita. Hasta ahora todo claro.

T: ¿Algún problema respiratorio como resfrío?

P: No, para nada, estoy bien.

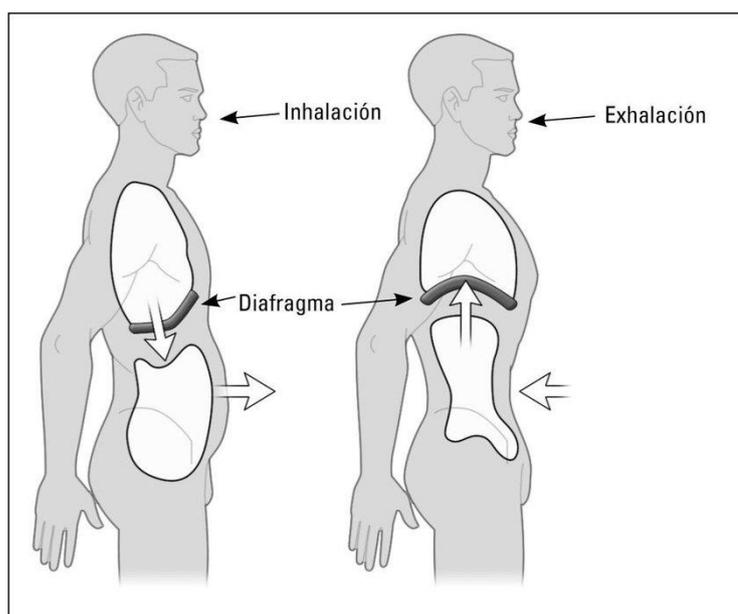
T: Bien, te voy a pedir que a lo largo de las sesiones me informes de ello antes de realizar la técnica ¿te parece?

P: Claro, no hay problema.

T: Perfecto, en ese caso, procederemos a inhalar por la nariz y luego mantendremos el aire por 6 segundos, para finalmente expulsarlo a través de la boca lentamente. Primero realizaré el ejercicio yo para que puedas observar y hacerlo luego. (Ver Anexo J)

Figura 4

Técnica de respiración diafragmática



Nota. Adaptado de “Respira: técnicas de respiración”, recuperado de <https://tecnicasderespiracion.com/respiracion-diafragmatica/>

T: Luego de haberte mostrado el ejercicio, es momento de que lo hagas tú, pero, antes de iniciar, tomaré tus pulsaciones, así podremos verificar al terminar la técnica que esta funcionó adecuadamente.

P: Está bien doctora.

T: Vas a llevar tus dedos índice y medio a tu cuello o mano, como te sea más fácil encontrar los latidos, hasta que sientas pequeñas pulsaciones. Pondré el cronómetro durante 15 segundos y me dirás cuántas pulsaciones sentiste.

P: Ok, ya ubiqué los latidos.

T: ¿Cuántas pulsaciones sentiste?

P: 25.

T: Ahora multiplicaremos ese número por 4, lo cual nos da un valor de 100, esas son tus pulsaciones por minuto. Lo que haremos es tratar de disminuirlas mediante la técnica. Primero te mostraré la siguiente escala de ansiedad, siendo el 1 un nivel de ansiedad muy bajo o casi nulo y el 10 el nivel máximo. También evaluaremos esos niveles de ansiedad antes y después ¿Está todo claro?

P: Sí, así es, entiendo.

T: En este momento tienes 100 pulsaciones por minuto. Vamos a bajarla un poco, pero primero déjame comentarte acerca de una técnica para calificar tus niveles de ansiedad, a ello le decimos USAS (Unidad Subjetiva de la Ansiedad). Imagina un termómetro con un rango del 0 al 10, siendo 10 el nivel máximo, es decir, un alto nivel de ansiedad, basándonos en cómo te sientes en este momento ¿en qué nivel dirías que te encuentras?

P: Yo diría que un 7, pero porque me da vergüenza que me vean haciendo un ejercicio creo.

T: No te preocupes, la idea es que puedas aprenderlo para que luego puedas realizarlo solo en casa y aplicarlo a cualquier situación. Ahora sí, vamos a comenzar con la respiración

(Se lleva a cabo el proceso de respiración diafragmática)

T: ¿Cómo te sientes?

P: Relajado, con un poco de sueño.

T: Bien, Toño, entonces procederemos a medir tus pulsaciones durante 15 segundos y luego lo multiplicarás por 4, yo pondré el cronómetro.

P: Ya, listo.

T: ¿Cuántas pulsaciones tienes por minuto?

P: 70, ha bajado bastante.

T: Así es, con respecto a la escala de ansiedad que mencioné, ¿en qué número te encuentras en este momento?

P: Yo diría que un 4 o 3. Esto me puede ayudar mucho también al momento de dormir.

T: Me alegra que hayas aprendido esta técnica y la puedas poner en práctica. Te dejaré una pequeña actividad el día de hoy para la siguiente sesión. Repetirás aproximadamente dos veces al día, puede ser en la mañana y antes de acostarte, el ejercicio haciendo uso de un cuaderno para anotar las pulsaciones al inicio y fin de la técnica.

P: Me parece bien doctora.

T: Bueno, en ese caso, podemos dar por finalizada la sesión de hoy, agendemos una nueva cita y me comentas como te fue con el ejercicio.

P: Perfecto, muchas gracias.

T: Igualmente, gracias a ti.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados

Sesión N°3

26/06/22

Objetivos de la sesión:

Entrenar al paciente en la relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo I) en combinación con la respiración diafragmática.

Lograr la disminución de los niveles de ansiedad tras la ejecución del ejercicio.

Reforzar la sesión anterior.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación.

Respiración diafragmática

Relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo I)

Modelado.

Ensayo conductual.

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: La siguiente sesión estuvo dirigida a implementar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo I: brazos, puños, antebrazos, bíceps y hombros) junto con la técnica de respiración diafragmática, reforzando la sesión anterior.

T: Hola Toño, buenas tardes, ¿cómo te encuentras?

P: Hola, qué tal doctora, en este momento me encuentro bien, tranquilo.

T: ¿Cómo estuvo tu semana? No nos vemos desde el domingo pasado.

P: Sí pues, la verdad ahora me siento tranquilo, pero la semana no ha estado tan fácil, pasaron un montón de cosas, lo único bueno es que no tuve ninguna crisis, pero casi.

T: Cuéntame ¿Cómo así sucedió eso?

P: Lo que pasa es que una de las chicas que me ayuda a pasear a los perros sacó al mío en la noche, parece que vio un gato y se fue atrás de él, se le escapó y no alcanzó a atraparlo. Felizmente lo encontramos.

T: Me imagino que debe haber sido difícil ¿Cómo está él?

P: Ahora bien, pero lo encontré atropellado y con una herida en la cabeza, lo llevamos al veterinario y afortunadamente lo curó, no pasó a mayores.

T: Me alegra escuchar eso, debe haber sido un momento bastante duro.

P: Lo fue, pero siento que el ejercicio anterior me ayudó, mientras lo estaba buscando y un amigo manejaba había mucho tráfico, no solo me desesperaba eso sino, no a mi perro, hice todo lo posible por respirar cuando estábamos en luz roja, a pesar de que seguí con mucha ansiedad, pienso que sí bajó.

T: Que bueno que te haya servido y aunque haya sido durante un momento difícil lo hayas podido aplicar.

P: Sí, ya después no pude tomarme las pulsaciones y hacerlo de nuevo porque estuve pendiente de su salud y de darle medicinas para las heridas.

T: No te preocupes, la próxima semana podrás practicarlo con más tranquilidad. El día de hoy vamos a combinar esa técnica de respiración junto con otra que se llama relajación muscular progresiva de Jacobson. Te explico en qué consiste, a lo largo de las sesiones trabajaremos con 4 grupos musculares, hoy veremos el primero, que consiste en los puños, antebrazos, bíceps y hombros, este ejercicio te ayudará a distinguir los estados de tensión, así como los de relajación, combinado con la respiración diafragmática.

P: Ok no hay problema.

T: Perfecto, entonces empezaré yo, como con el ejercicio anterior, para que observes bien como realizarlo y luego puedas hacerlo tú. Primero vamos a adoptar una posición cómoda en la silla, colocando nuestros pies en el suelo, si deseas puedes posar los brazos sobre tus muslos. Cerramos los ojos y vamos a levantar primero el brazo derecho ejerciendo tensión con el puño, sintiendo la tensión hasta llegar al hombro, mientras que inhalamos el aire dirigiéndolo a nuestro estómago, manteniendo ese estado durante 6 segundos y al expulsarlo por la boca vamos soltando esa tensión en los músculos mientras bajamos el brazo hasta los muslos nuevamente. ¿Entendiste cómo hacerlo?

P: Perfecto, todo claro.

T: ¿Tienes alguna contractura muscular o problema respiratorio?

P: No, no se preocupe, yo le aviso.

T: Genial, entonces ahora pasarás a hacerlo tú, pero, primero vamos a medir tu pulso. Voy a poner el cronómetro por 15 segundos y cuando diga “ya” me vas a decir cuantas pulsaciones sentiste.

P: Está bien.

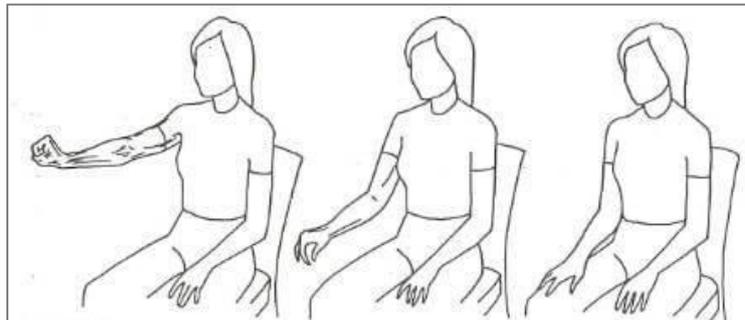
T: ¿Cuántas pulsaciones sentiste? Y ¿En cuánto está la escala USA?

P: 80 pulsaciones por minuto y un 4 en USA.

T: Exactamente, en ese caso ya podemos empezar. Si deseas puede cerrar los ojos. Coloca los pies sobre el suelo y en una posición cómoda. Imagina que, al inhalar, estás dejando entrar aire puro que, al exhalarlo se lleva todas tus preocupaciones. Ahora empecemos. Inhala profundamente por la nariz durante segundos, mantenlo ahí por 6,5,4,3,2,1, luego exhala por la boca suavemente. Lo que vas a hacer ahora es alzar el brazo derecho y hacer tensión en el brazo, comenzando por el puño hasta llegar al hombro mientras inhalas por la nariz, hasta llegar al estómago, luego, al exhalarlo, ve soltando la tensión ejercida poco a poco, bajando el brazo hasta llegar nuevamente al muslo. Ahora haremos lo mismo con el brazo izquierdo y finalmente con ambos brazos. Haremos 4 repeticiones. (Ver Anexo K)

Figura 5

Técnica de relajación progresiva de Jacobson



Nota. Adaptado de “Método de la relajación progresiva de Jacobson”, de la página “Psicología Online” recuperado de <https://www.psicologia-online.com/metodo-jacobson-de-relajacion-progresiva-21.html>

T: Puedes abrir poco a poco los ojos, cuando te sientas listo para abrirlos.

P: De nuevo tengo un poco de sueño, siento que no me puedo mover.

T: Vamos a medir tu pulso, recuerda multiplicar por 4 la cifra inicial.

P: 64 pulsaciones por minuto.

T: ¡Excelente! Te has relajado considerablemente durante el ejercicio.

P: Sí, me siento incluso más relajado que con el anterior y después de la semana que he tenido, me ha hecho muy bien la verdad. Nunca había escuchado sobre esta técnica.

T: Bueno, me alegra mucho que la hayas comprendido bien y puedas realizarla en cualquier momento, especialmente en estados de tensión o ansiedad, combinándola con la respiración diafragmática.

P: Sí, más bien discúlpeme por no haber podido registrar mis pulsaciones la semana pasada, tuve varios percances.

T: No te preocupes, Toño, lo que sí te pediría es que la próxima semana realices el registro con este ejercicio dos veces al día.

P: Claro que sí, no hay ningún problema.

T: Entonces, ¿tienes alguna duda? ¿alguna pregunta?

P: No, no tengo ninguna duda.

T: Perfecto, en ese caso, ¿te parece si nos vemos a la misma hora el domingo?

P: Claro, no hay problema, cualquier cambio le aviso.

T: En ese caso, cuídate mucho y no olvides practicar el ejercicio.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados de la sesión.

Sesión N°4

06/07/22

Objetivos de la sesión:

Entrenar al paciente en la relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo II) en combinación con la respiración diafragmática.

Lograr la disminución de los niveles de ansiedad tras la ejecución del ejercicio.

Reforzar la sesión anterior según las actividades designadas para el hogar.

Técnicas utilizadas:

Respiración diafragmática

Relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo II)

Técnica de relajación por medio de la imaginación

Modelado.

Ensayo conductual.

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: En esta se buscó implementar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo II: frente, ojos, nariz, lengua, labios y cuello) junto con la técnica de respiración diafragmática y la retroalimentación de las tareas para el hogar.

T: ¿Cómo estás, Toño? ¿Qué tal tu semana?

P: Buenas tardes. Felizmente tuve una semana tranquila y sin ninguna crisis, aunque pienso que también puede ser porque no salí para nada por el tema de la cuarta ola del Covid.

T: Me imagino, hay que seguirse cuidando. Me alegra que hayas tenido una semana tranquila. ¿Practicaste la técnica que realizamos la semana pasada?

P: Justo eso le iba a decir, he hecho los ejercicios antes de dormir y gracias a eso he estado descansando mejor.

T: Me alegra mucho oír que te haya sido útil para los problemas de sueño, eso quiere decir que la has aprendido correctamente.

P: También me tomé las pulsaciones y noté el cambio, pasé de 70 a 64 antes de dormir y en la escala de ansiedad diría que llegué a un 3 o menos.

T: Te felicito, entonces lograste bajar tus niveles de ansiedad. Te comento que el día de hoy vamos a llevar a cabo la misma técnica, la de relajación muscular combinada con la respiración diafragmática, pero utilizando otro grupo muscular, así como practicamos el ejercicio con los brazos, esta vez lo haremos con el rostro y nos enfocaremos en los

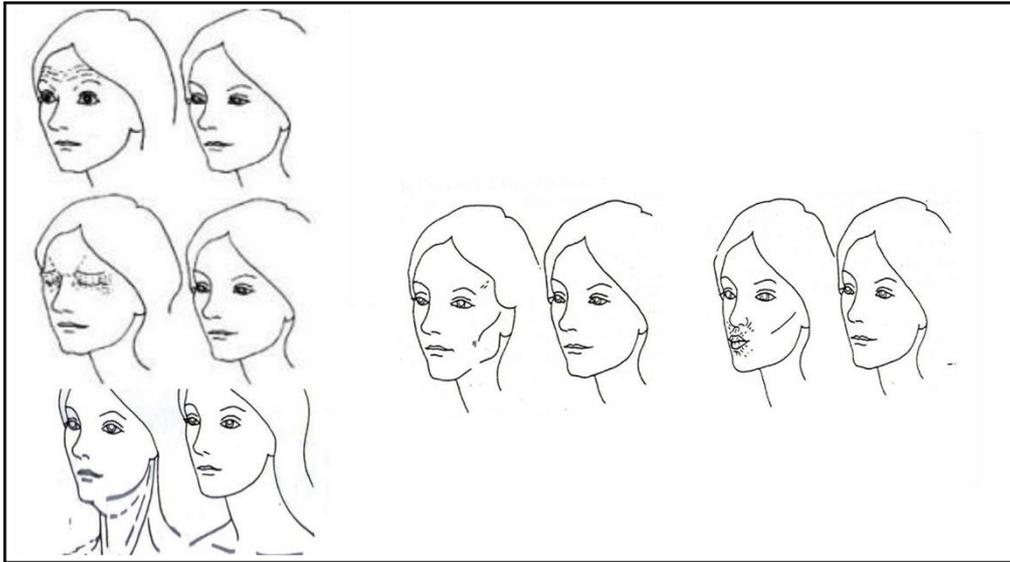
músculos de la lengua, labios, frente, ojos, nariz y también en los músculos del cuello.

Te mostraré una imagen para que sepas como hacer tensión en cada músculo. (Ver

Anexo K)

Figura 6

Técnica de relajación progresiva de Jacobson



Nota. Adaptado de “Método de la relajación progresiva de Jacobson”, de la página “Psicología Online” recuperado de <https://www.psicologia-online.com/metodo-jacobson-de-relajacion-progresiva-21.html>

T: Ahora que has aprendido como tensar los músculos, ¿tienes alguna duda con respecto al ejercicio?

P: No, todo está muy claro.

T: Excelente, en ese caso, vamos a iniciar midiendo tu pulso y niveles de ansiedad USA. Recuerda sentir tus latidos durante 15 segundos, pondré el cronómetro y multiplicar la cifra por 4.

P: 72 pulsaciones por minuto y en USA creo que un 3.

T: Muy bien, entonces te voy a pedir que te sientes apoyando toda la espalda en el respaldar de la silla, siempre buscando comodidad. Si gustas puedes poner las manos sobre tu regazo y cerrar los ojos. Ahora quiero que pienses en un lugar que te guste

mucho, puede ser una playa, el bosque, una cabaña en el campo, lo que te haga sentir más tranquilidad. Busca sentir la brisa de aquel lugar en el rostro, quizá las hojas o arena bajo tus pies. Ya que has llegado a experimentar la calidez y calma de ese entorno, vas a inhalar ese aire puro y natural, lenta y profundamente hasta llegar al estómago, lo vas a retener un momento por 6 segundos y luego exhalas lentamente. Lo que harás ahora, mientras inhalas esa brisa agradable es levantar la frente hacia arriba haciendo tensión, manteniendo el aire unos segundos y luego exhalar el aire relajando poco a poco los músculos. Una vez más, tensa tu frente lo más que puedas mientras inhalas, luego bota lentamente el aire y siente como el músculo se va relajando poco a poco. Continuaremos el ejercicio con los músculos de la nariz, vas a arrugarla por unos segundos, ejerciendo tensión y luego soltarla lentamente, como hiciste con la frente. Ahora inhala profundamente por la nariz ejerciendo presión y ve soltando los músculos con la exhalación. Una vez más, arrugando la nariz lo más que puedas y exhalando mientras relajas los músculos. Seguiremos con la boca, haciendo una sonrisa forzada lo más amplia que puedas mientras tomas el aire y al expulsarlo, ir relajando las mejillas. Lo haremos una vez más. Ahora pasaremos a hacerlo con la lengua, pégala a tu paladar haciendo tensión mientras realizas la inhalación y ve soltándola conforme exhalas. Realizaremos una repetición. Muy bien. Harás algo similar con los dientes, apretándolos lo más que puedas con la inhalación y relajando la boca lentamente al expulsar el aire, hagámoslo dos veces. Seguimos con los labios, haz como si fueses a dar un beso e inhala profundamente, manteniendo esa tensión y poco a poco ve relajándolos mientras exhalas, repitiendo el ejercicio. Pasaremos a trabajar los músculos del cuello, te voy a pedir que lo gires lentamente hacia un lado mientras realizas la inhalación, ahora, poco a poco, mientras exhalas el aire vas a volver a la posición inicial, nuevamente, girando el cuello hacia el lado contrario, vas a inhalar despacio, y al soltar

el aire vuelves a la posición inicial, soltando los músculos y notando como se relajan. Por último, te voy a pedir que respires una vez más, lenta y profundamente, notando como todo ese aire se dirige hacia tu estómago, mantenlo ahí por 6,5,4,3,2,1...y al expulsarlo, expulsamos también las preocupaciones y problemas, una vez más, inhala profundamente, mantén por unos segundos el aire y suéltalo poco a poco. Cuando te sientas listo, puedes ir abriendo los ojos o estirarte.

P: Asu, de verdad me encuentro totalmente relajado.

T: Ahora, en ese estado de relajación vamos a pedir tus pulsaciones y niveles de ansiedad USA.

P: Ok.

T: Me avisas cuando hayas encontrado tus latidos.

(Procede a medir su pulso)

T: ¿Cómo está tu pulso?

P: 66, creo que bajó bastante.

T: Así es, eso quiere decir que interiorizaste bien el ejercicio. ¿Cómo está tu USA?

P: Creo que un 1 o 2. Tengo muchas ganas de dormir.

T: Me alegra saber que estás logrando relajarte y verte tan comprometido con las sesiones.

P: Sí, la verdad me está ayudando mucho, sobre todo porque paro estresado al no saber cuándo me va a dar un nuevo ataque, por suerte esta semana no pasó.

T: Qué bueno Toño, de todos modos, si sientes que algo no te está ayudando o deseas darme algún punto de vista, puedes hacerlo cuando gustes.

P: Yo sé y muchas gracias por todo.

T: Te voy a pedir que por favor continúes con el registro practicando por lo menos una vez al día los dos grupos que hemos trabajado tanto en la sesión anterior como en esta.

¿Te parece?

P: Sí claro, casi siempre lo hago en la noche, es ideal para mí a esa hora.

T: Genial, entonces la próxima sesión me cuentas como te fue.

P: Perfecto.

T: ¿Tienes alguna duda?

P: No, está todo bastante claro.

T: Listo, entonces nos vemos la próxima semana, si hay algún inconveniente me avisas y reprogramamos.

P: Gracias doctora.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados.

Sesión N°5

13/07/22

Objetivos de la sesión:

Entrenar al paciente en la relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo III, abarcando el tórax, pecho, abdomen, espalda y la zona lumbar) en combinación con la respiración diafragmática.

Lograr la disminución de los niveles de ansiedad tras la ejecución del ejercicio.

Refuerzo de la sesión anterior.

Técnicas utilizadas:

Respiración diafragmática

Relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo III)

Técnica de relajación por medio de la imaginación.

Modelado.

Ensayo conductual.

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: La siguiente sesión estuvo dirigida a implementar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson del Grupo III: el cual abarca la musculatura del tórax, pecho, espalda, abdomen y zona lumbar, junto con la técnica de respiración diafragmática, reforzando la sesión anterior.

T: Hola, Toño. Buenas tardes.

P: Qué tal, igualmente.

T: ¿Cómo has estado? ¿qué tal ha ido tu semana?

P: La verdad es que esta semana ha sido bastante estresante, he tenido muchos problemas de trabajo, sobre todo porque la mayoría de mis paseadores se están contagiando y tengo mucha carga con tantas mascotas, hice el registro que me pidió y aunque he estado bien atareado, sí siento que las técnicas me han ayudado a relajarme.

T: Ya veo, fue una semana un poco complicada entonces, que bueno que pusieras en práctica lo trabajado en la sesión, cuéntame ¿en qué momento del día realizaste la técnica?

P: Todos los días antes de dormir, pero el viernes especialmente usé la técnica de respiración.

T: ¿Por algún suceso en particular?

P: Sí, no sé si tuvo que ver con el estrés por el trabajo, pero me metí a la ducha caliente por la tarde y cuando ya me faltaban unos minutos para salir de bañarme, comencé a sentirme mal. Comencé a sentirme mareado, después un poco de náuseas, como cuando me va a dar un ataque de pánico. Fue en ese momento que llamé a mi hermano para que me ayude a salir de la ducha y mientras tanto intentaba aplicar la respiración.

T: ¿Sentiste que te ayudó a calmarte un poco?

P: Sí, pienso que tal vez eso evitó que me diera un ataque de pánico porque sentía que ya estaba a punto de vomitar.

T: A veces el cambio de temperatura, el no haber comido o haber tenido, como mencionaste, una fuerte carga laboral que te produce estrés, puede tener consecuencias físicas, por darte un ejemplo; es normal que al pararte muy rápido de la cama luego de haber estado echado sientas una sensación de mareo, lo cual te puede hacer pensar que quizá esté empezando un ataque de pánico, pero solo se debe a que te paraste muy rápido, no sé si me dejo entender.

P: Creo que sí tuvo que ver, porque cuando salí del baño que estaba lleno de vapor y con todas las ventanas cerradas, sentí un alivio que me quitó todo el malestar, como respirar aire puro y no caliente.

T: Exacto, eso produce un cambio fisiológico en ti. Qué bueno que pusieras en práctica la técnica y que lograras disminuir tus niveles de ansiedad.

P: Sí, aunque tuve que llamar a mi hermano, pero bueno, de todas maneras, se demoró bastante.

T: ¡Te felicito!, es un gran avance. El día de hoy haremos ejercicios muy similares a los de la sesión anterior, pero trabajaremos otro grupo de músculos, en este caso con el tórax, pecho, abdomen, espalda y zona lumbar, ya te voy a mostrar como tensar cada uno de los músculos. En la siguiente imagen puedes observar mejor los grupos musculares que trabajaremos. (Ver Anexo K)

Figura 7

Técnica de relajación progresiva de Jacobson



Nota. Adaptado de “Método de la relajación progresiva de Jacobson”, de la página “Psicología Online” recuperado de <https://www.psicologia-online.com/metodo-jacobson-de-relajacion-progresiva-21.html>

P: Este lo entiendo mucho mejor que los del rostro, me daba vergüenza hacer las muecas.

T: También es un poco más sencillo de realizar. Voy a hacerlo yo primero para que veas como trabajar los músculos. Primero nos vamos a sentar en una posición que nos resulte cómoda, luego de realizar las respiraciones comenzamos con el pecho, colocando los brazos en esta posición y hacemos presión, como si estuviésemos apretando algo con él hasta sentir tensión en la zona, después hacemos presión en el abdomen, una sensación similar a realizar abdominales. Ahora me voy a inclinar un poco hacia adelante para llevar los brazos hacia atrás hasta sentir tensión en la espalda. Finalmente nos sentamos en una posición derecha llevando la zona de los glúteos hacia atrás, de esta forma ejercemos tensión en la parte baja o lumbar de la espalda. ¿Tienes alguna duda?

P: Para nada, este está bastante sencillo. ¿También hago la respiración?

T: Sí, cada vez que inhalamos hacemos tensión y al exhalar soltamos, al igual que la sesión pasada.

P: Perfecto, está claro.

T: Genial, entonces ahora vamos a medir tus pulsaciones y nivel de ansiedad. Pondré el cronómetro por 15 segundos y lo multiplicas por 4.

P: El total sale 90.

T: Ok, vamos a bajar un poco las pulsaciones ¿Cómo están tus niveles de ansiedad según el usa?

P: Diría que un 5, pero quizá tiene que ver con el estrés que tengo.

T: Bueno, este ejercicio te va a ayudar mucho entonces. ¿Estás listo?

P: Sí, todo listo.

T: Entonces te voy a pedir que te coloques en una posición cómoda, pero derecha en la silla. Si deseas puedes cerrar los ojos. Vamos a realizar dos respiraciones profundas, inhalando, reteniendo y exhalando profundamente el aire. Ahora te voy a pedir que evoques ese lugar que tanto te gusta.

P: Podría ser el bosque o campo.

T: Perfecto, intenta enfocarte en las sensaciones de ese bosque, puede ser el aroma de los árboles, alguna flor o sentir el pasto bajo tus pies, el aire puro y fresco. Ya que lo has conseguido, vamos a inhalar ese aire puro lentamente, sintiendo como pasa por tus pulmones y finalmente a tu estómago, lo haremos dos veces. Te voy a pedir que ejerzas tensión en el pecho mientras inhalas profundamente el aire y que lo sueltes lentamente mientras vas relajando la zona. (Dos repeticiones por zona muscular). Continuamos con el estómago, ejerce tensión mientras inhalas y poco a poco vas soltando los músculos del abdomen a la par que realizas la exhalación. Ahora inclínate hacia adelante con los brazos hacia atrás para sentir como se tensa la espalda, ejerce presión al inhalar y al botar el aire poco a poco ve bajando los brazos, notando ese estado de relajación. Finalmente, vuelve a la posición inicial, pero un poco más recto e intenta pegar los glúteos a la silla, hacia atrás y de la misma forma toma aire mientras tensas los músculos, exhalando y soltando poco a poco la presión. Cuando te sientas listo puedes abrir los ojos, poco a poco. ¿Cómo te sientes?

P: Relajadísimo, siento como si hubiese hecho abdominales.

T: ¿Te parece si pasamos a medir tu pulso y nivel de ansiedad usa?

P: Sí claro, 70 pulsaciones por minuto.

T: Hemos bajado, me alegro, realizaste muy bien el ejercicio ¿cómo están tus niveles de ansiedad?

P: Yo diría que ahora está en un 2.

T: Que bueno que te encuentres más relajado.

P: Sobre todo hoy que también he tenido bastante trabajo y clientes.

T: Me gustaría que para la próxima sesión también realices un registro y trabajos con los grupos que hemos visto: 1, 2 y 3. No olvides acompañarlo con la respiración diafragmática.

P: Está bien, muchas gracias por la sesión de hoy.

T: Gracias a ti, me alegra que hayas interiorizado el ejercicio. ¿Tienes alguna duda?

P: No, está todo claro.

T: Muy bien, entonces nos vemos la próxima semana.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados.

Sesión N°6

20/07/22

Objetivos de la sesión:

Entrenar al paciente en la relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo

IV: músculos de las piernas, muslos, pantorrillas y glúteos)

Lograr la disminución de los niveles de ansiedad tras la ejecución del ejercicio mediante el registro de USA y el pulso.

Técnicas utilizadas:

Respiración diafragmática

Relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo IV)

Técnica de relajación por medio de la imaginación.

Modelado.

Ensayo conductual.

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: La siguiente sesión estuvo dirigida a implementar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson del Grupo IV, abarcando los músculos de las piernas, muslos, pantorrillas y glúteos.

T: Buenos días, Toño, ¿Cómo has estado?

P: Me siento más tranquilo, pero me fui a vacunar antes de ayer y llevé a mis padres que ya son mayores, a pesar de que no manejé tuve que pararme en la cola, era corta, pero comencé a respirar antes de ponerme nervioso.

T: Me alegra que hayas aplicado la técnica justo en momentos como ese ¿En cuánto dirías que estaba tu USA en ese momento?

P: Yo diría que en ese momento un 7 o creo que 6, porque no llegó a darse la crisis.

T: Qué bueno, eso quiere decir que estás poniendo en práctica todo lo que trabajamos con situaciones cotidianas y no solo controladas.

P: Sí, porque casi siempre lo hacía por las noches, pero ya van varias veces que me han ayudado, aunque aún no tengo una crisis fuerte, también puede tener que ver que mi hermano que es médico me aumentó el clonazepam para poder ir ese día al centro de vacunación.

T: Puede ser que haya influido, pero recordaste aplicar la técnica aun estando en medio de otras personas en una situación que te resulta muy estresante y entiendo que te resultara incomodo.

P: Me gustaría poder lograrlo sin pastillas.

T: Poco a poco, conforme vayamos avanzando en las sesiones, practicaremos nuevas técnicas que sirvan como herramientas para que no tengas que recurrir tanto a la medicación. ¿Te parece si te explico en qué consiste el ejercicio que haremos hoy? Es muy parecido al de las sesiones pasadas.

P: ¿La relajación muscular?

T: Exacto y la respiración diafragmática que veo que manejas muy bien. Trabajaremos el último grupo muscular para que luego puedas llevar a cabo la técnica haciendo uso de todos los grupos musculares. ¿Te parece? Te voy a mostrar una gráfica sobre los músculos que trabajaremos y te explicaré como ejercer tensión sobre ellos. (Ver Anexo K)

Figura 8

Técnica de relajación progresiva de Jacobson



Nota. Adaptado de “Método de la relajación progresiva de Jacobson”, de la página “Psicología Online” recuperado de <https://www.psicologia-online.com/metodo-jacobson-de-relajacion-progresiva-21.html>

P: Se ve mucho más simple que los anteriores.

T: Así es, vamos a hacer uso de menos músculos. Te voy a mostrar cómo realizar esta técnica, primero adoptamos una postura cómoda, derecha y con ambos pies en el suelo, luego levantamos una de nuestras piernas, estirándola y a la vez vamos a llevar la punta del pie hacia arriba, después hacia abajo hasta sentir tensión en las pantorrillas, finalmente llevamos los glúteos hacia atrás ejerciendo presión.

P: Al inhalar tenso y al exhalar suelto los músculos, ¿No?

T: Exacto, como en las sesiones anteriores, pero, primero, cuéntame ¿Te encuentras bien de salud (algún problema respiratorio o contractura)?

P: No, felizmente nada hasta ahora, me cuido bastante.

T: Bien, vamos a comenzar con los músculos de hoy. Te voy a pedir que midas tus niveles USA y tus pulsaciones, me avisas cuando estés listo, yo pondré el cronómetro.

P: Tengo 76 pulsaciones y diría que un 5 en la escala.

T: Entonces vamos a comenzar. Primero te voy a pedir que te pongas nuevamente en una posición cómoda, con los pies en el suelo, puedes poner los brazos en tu regazo si deseas. ¿Recuerdas ese lugar que tanto te gusta?

P: ¿En dónde me gustaría estar?

T: Sí, mencionaste que te gusta mucho el bosque.

P: Me da mucha paz y tranquilidad.

T: Cierra los ojos e imagina que estás en aquel lugar, en los olores que sientes, puede ser el olor de las hierbas, quizá es un día caluroso, tal vez nublado o está lloviendo, siente el aire puro de la naturaleza, quizá el canto de las aves. Mientras te encuentras así, te voy a pedir que inhales profundamente, retenemos el aire un momento y exhalamos poco a poco. Muy bien, vamos a hacerlo una vez más, recuerda llevar todo el aire a tu estómago y sentir como pasa por tu garganta y finalmente llega a tus pulmones. Ahora, sin movernos de ese entorno de paz, vas a levantar la pierna derecha, llevando la punta hacia arriba mientras inhalas y al llevarla hacia abajo realizas la exhalación. Lo haremos una vez más. Luego levanta la pierna izquierda, haciendo lo mismo, llevamos la punta hacia arriba junto con la inhalación, tensando las pantorrillas, la llevamos hacia abajo y exhalamos. Hacemos una repetición más. Bien, ahora levanta la pierna derecha, pero dirigiendo la punta hacia abajo hasta que sientas la tensión en el muslo, lo mismo con la pierna izquierda. Una vez más. Finalmente endurecerás la zona

de los glúteos mientras inhalamos, sostenemos la respiración y al exhalar vamos soltando poco a poco, sintiendo como el cuerpo se relaja y se van las preocupaciones. Haremos una repetición. Cuando te sientas listo, puedes ir abriendo los ojos ¿Cómo te encuentras? Hiciste muy bien la técnica.

P: Extremadamente relajado, como si hubiera entrenado piernas.

T: ¿Cuántas pulsaciones tienes en este momento?

P: 60

T: ¿Cómo está el nivel de USA?

P: Ahorita sí está ya como en un 2.

T: Y mira que estabas en 7, te relajaste mucho. Qué bueno.

P: Me sentía estresado por todo lo laboral, pero me siento mucho más aliviado. Necesitaba este momento, definitivamente.

T: Cuéntame ¿Tienes alguna duda? ¿Algo que no haya quedado claro o que desees comentarme?

P: No, no, yo le entiendo bastante bien.

T: En ese caso, te voy a pedir que practiques los ejercicios que hemos hecho en estas 6 sesiones, sobre todo, los 4 grupos musculares que ahora ya conoces.

P: Creo que hoy mismo lo haré antes de dormir o si mañana me levanto muy temprano antes de trabajar.

T: Lo importante es que lo practiques y te ha estado yendo muy bien con ello. Te felicito.

P: Gracias, lo seguiré poniendo en práctica.

T: Me parece muy bien. ¿Programamos la siguiente sesión entonces?

P: Claro, muchísimas gracias.

Conclusión:

Objetivos planeados logrados.

Sesión N°7

27/07/22

Objetivos de la sesión:

Llevar a cabo el entrenamiento de relajación progresiva de Jacobson, empleando los cuatro grupos musculares.

Comprobar que el paciente haya interiorizado la técnica.

Lograr la disminución de los niveles de ansiedad tras la ejecución del ejercicio mediante el registro de USA y el pulso.

Técnicas utilizadas:

Respiración diafragmática

Relajación muscular progresiva de Jacobson (Grupo I, II, III y IV)

Técnica de relajación por medio de la imaginación.

Modelado.

Ensayo conductual.

Retroalimentación.

Refuerzo de las sesiones anteriores.

Descripción de la sesión: La siguiente sesión estuvo dirigida a realizar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson empleando todos los grupos musculares, evaluando así la interiorización de la técnica por parte del paciente.

T: Buenos días Toño, ¿cómo te encuentras el día de hoy?

P: Felizmente bien, toda la semana he estado tranquilo.

T: Me alegro ¿practicaste la técnica?

P: Sí, la hice 3 veces por semana, estuve bastante ocupado con trabajo, pero como siempre me ayudó mucho a relajarme.

T: Ya hemos trabajado los 4 grupos musculares, ¿cuál te costó más trabajo?

P: Yo diría que siguen siendo los músculos del rostro, a veces me gana la risa.

T: Hoy vamos a llevar a cabo esos 4 grupos ¿te parece? Pero esta vez lo harás tú solo, así como cuando estás en casa.

P: Está bien, sí recuerdo.

T: Primero pasaremos a tomar tus pulsaciones por minuto y tu escala USA. Pondré el cronómetro por 15 segundos como siempre y multiplicas la cifra por 4. ¿Cuántas pulsaciones tienes?

P: 68 pulsaciones y un 3 en USA.

T: Antes de comenzar con el ejercicio ¿Tienes algún problema respiratorio, contractura o te encuentras enfermo?

P: No, para nada, todo bien.

T: Genial, entonces vamos a comenzar con la relajación habitual, poniéndonos en una postura recta, imaginando un lugar que transmita mucha paz antes de comenzar a respirar.

(Se lleva a cabo la técnica de respiración diafragmática).

T: Bien, ahora quiero que, con la siguiente inhalación, comiences a tensar el primer grupo, comenzando por el puño, luego el antebrazo, bíceps y hombro, relajando la musculatura junto con las exhalaciones. Empecemos.

(Se realiza la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson: Grupo I)

T: Lo estás haciendo muy bien, ahora lo haremos con el segundo grupo, siguiendo en ese estado de relajación, pasaremos a tensar los músculos de la cara (frente, ojos, nariz, labios, dientes, lengua y cuello)

(Se realiza la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson: Grupo II)

T: Ahora continuaremos con el grupo 3, es decir, los músculos del tórax (pecho, estómago, espalda y zona lumbar)

(Se realiza la relajación muscular progresiva de Jacobson: Grupo III)

T: Y ahora, pasamos del tórax a los músculos de las piernas, es decir el cuarto grupo (piernas, muslos, pantorrillas y glúteos).

(Se realiza la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson: Grupo IV)

T: Cuando te sientas listo, puedes ir abriendo los ojos y estirarte como si estuvieras despertando de una siesta reparadora.

P: Pensé que no me iba a acordar del último grupo, pero felizmente lo practiqué la semana pasada.

T: Me alegra que hayas interiorizado el ejercicio a lo largo de las sesiones que hemos tenido y tu compromiso con estas. ¿Te parece si ahora tomas tu pulso y USA?

P: Sí, perfecto. Tengo 60 de pulsaciones y 1 en USA.

T: Que bueno que te sientas más tranquilo y relajado. La próxima sesión hablaremos un poco sobre los pensamientos, para ello utilizaremos un autorregistro, pero te lo explicaré con más tranquilidad la próxima semana, no te preocupes. Continúa practicando los ejercicios y empleándolos cuando los necesites. ¿Tienes alguna duda?

P: No, está todo muy claro, una vez más muchas gracias.

T: A ti, vamos a agendar la próxima sesión entonces.

Conclusión

Se lograron los objetivos planteados

Sesión N°8

03/08/22

Objetivos de la sesión:

Explicarle al paciente en qué consiste la técnica de exposición interoceptiva.

Que el paciente se dé cuenta de que puede debilitar la asociación entre sus sensaciones corporales y ataques de pánico.

Asignar la tarea de practicar la técnica en casa.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación.

Exposición interoceptiva.

Ensayo conductual

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: Esta sesión estuvo dedicada a la implementación de la técnica de exposición interoceptiva en el paciente, para que pueda distinguir sus sensaciones corporales de las de un ataque de pánico y bajar el nivel de asociación entre ambas, para ello se le explicó adecuadamente la técnica al paciente consultando su estado de salud.

P: Buenas tardes, qué tal.

T: Buenas tardes, Toño, ¿cómo has estado?

P: He estado descansando muy bien, sobre todo al realizar la técnica de la relajación muscular utilizando todo el cuerpo. Me sentí un poco más cansado, como si hubiese hecho ejercicio.

T: Que bueno que hayas logrado ese estado de relajación que te permite descansar mejor. Además de lo que me estás contando ¿pasó algo durante la semana que deseas comentarme?

P: Bueno, intenté caminar un poco más lejos de lo habitual, pero no como la otra vez que solo estuve alrededor de la cuadra, sino por el lado de la avenida. Estaba solo con mis dos perros.

T: Que gran avance, sobre todo porque a pesar de la ansiedad que pueda surgir estás disminuyendo las conductas de evitación, en este caso alejarte un poco más de tu casa.

P: El problema fue que no llevé agua, comencé a sentir que la boca se me secaba un poco por haber caminado tanto y pensé que podía ser señal de un posible ataque, respiré y sentí que me ayudó mucho, pero sí apuré el paso a mi casa.

T: Entiendo, pero te felicito porque es un gran paso, sobre todo porque a pesar de la ansiedad que sientes, recuerdas las técnicas para regularla un poco.

P: Sí, igual me sentí un poco mal por irme rápido.

T: No te preocupes, esto es un proceso, poco a poco iremos trabajando en ello. Hoy justamente te voy a explicar la técnica de la exposición interoceptiva. ¿Has escuchado de ella alguna vez?

P: No, nunca.

T: Bien, ahora la practicaremos. Primero hay que tener en cuenta que la ansiedad que sientes frente a un ataque de pánico son reacciones que has ido aprendiendo a lo largo de tu vida ante algunas señales o sensaciones corporales. Por ejemplo, me comentaste la vez pasada que te sentiste un poco mareado al estar en la ducha con mucho vapor y asociaste esa sensación con la llegada de un posible ataque de pánico, así como la sequedad de la boca al caminar bajo el sol sin haber llevado agua.

P: Sí, sí, justo la vez pasada me comentó eso, de que confundo en muchas ocasiones sensaciones que son normales, pero yo las interpreto mal.

T: En eso va a consistir el ejercicio de hoy. Por lo que te voy a pedir que te hiperventiles durante 30 segundos, es decir, que respires rápido.

P: Me pone un poco ansioso, pero está bien.

T: Entonces voy a poner el cronómetro durante 30 segundos, mientras tú te hiperventilas, pero, como en anteriores ocasiones vamos a medir tu pulso y USA primero.

P: Tengo 60 pulsaciones por minuto y mi USA diría que un 4, pero creo que es porque voy a realizar la técnica.

T: Tranquilo, yo te voy a ir guiando. ¿Tienes actualmente algún problema respiratorio?

P: No, estoy bien.

T: En ese caso, ¿estás listo?

P: Sí, ya estoy.

Al activar el cronómetro el paciente comenzó a hiperventilarse, casi al finalizar los 30 segundos se le notó un poco preocupado, pero concluyó con el tiempo planteado.

T: ¿Cómo te encuentras?

P: Me siento un poco aturdido, como mareado o como si no estuviera presente.

T: ¿Qué pensaste mientras lo realizabas?

P: Tenía miedo que me empezara un ataque de pánico porque la mayoría de veces empiezan así, como que no me siento “aquí” y esto se parecía mucho a esa sensación, pero pude controlarlo.

T: A pesar de que te causó malestar.

P: Sí, fue un poco difícil.

T: ¿Continúas sintiéndote mareado?

P: No, me encuentro un poco más tranquilo porque ya no siento que estén avanzando los síntomas que me pueden hacer tener un episodio.

T: La idea es que puedas aprender a notar que una sensación o malestar en tu cuerpo no significa que tendrás un ataque de pánico y así ir disminuyendo el temor ante tus síntomas.

P: ¿Puedo tomar un poco de agua?

T: Sí, claro.

P: Ya estoy bien, pero nunca había practicado algo así.

T: Con paciencia iremos logrando los objetivos. En la próxima sesión hablaremos un poco de la relación entre el pensamiento, emociones y conductas. ¿Tienes alguna duda con respecto a la sesión de hoy?

P: No, ninguna, la verdad me sorprendió haber llegado a los 30 segundos.

T: Pero llegaste, te voy a pedir como tarea que realices este ejercicio en tu casa, en el momento en el que te sientas cómodo para realizarlo y al igual que el día de hoy registres tus pulsaciones y niveles USA.

P: Listo, no hay problema, creo que ahora sí ya me siento bien del todo.

T: Que bueno, realizaste muy bien el ejercicio y controlaste tus síntomas. El siguiente miércoles me cuentas como te fue practicando la técnica.

P: Perfecto, muchas gracias, nos vemos la próxima sesión entonces.

T: Sí, claro, cuídate mucho.

P: Hasta luego.

Conclusión

Se lograron los objetivos planteados

Sesión N°9

10/08/22

Objetivos de la sesión:

Enseñarle al paciente la relación entre pensamientos, emociones y conductas.

Llevar a cabo la exposición interoceptiva.

Retroalimentación de la sesión anterior.

Asignar tarea para casa.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación.

Exposición interoceptiva.

ABC

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: Esta sesión estuvo orientada en implementar en el paciente el conocimiento acerca de los pensamientos, emociones y conductas, así como la explicación del modelo ABC, para que pueda distinguir pensamientos disfuncionales y como afecta

emocional y conductualmente. Asimismo, se reforzó la práctica de la técnica de exposición interoceptiva.

T: Buenos días, Toño, qué tal ¿Cómo te fue esta semana?

P: Ha sido una semana tranquila, no tuve mucho trabajo y justamente por tener más tiempo libre practiqué una sola vez esa técnica de hiperventilarme, pero después sentí un poco de miedo y preferí parar.

T: No te preocupes, es un proceso y por lo tanto requiere de práctica.

P: Pero eso sí, sigo haciendo las respiraciones antes de dormir, a veces en la ducha o en el carro, aunque no me he quedado atrapado en el tráfico.

T: Me alegra mucho que continúes practicándolo y hayas sido constante. Te cuento que hoy haremos el ejercicio de exposición interoceptiva para posteriormente pasar a explicarte un poco acerca los pensamientos que surgen.

P: Sí, me parece bien, igual acá me siento más tranquilo de hacerlo.

T: Muy bien, entonces vamos a comenzar, te voy a pedir, como usualmente lo hacemos, que tomes tus pulsaciones y tu nivel de USA. Siempre con el cronómetro.

P: Listo, tengo 60 pulsaciones por minuto y en USA un 2 o hasta 1 creo, estoy bastante calmado en este momento.

T: Excelente, ponte en una postura que te resulte cómoda y ahora vas a empezar a respirar durante 30 segundos, no te preocupes, yo estaré tomando el tiempo.

(Lleva a cabo la técnica de exposición interoceptiva, logrando llegar a los 30 segundos con fascias de preocupación, sin embargo, el malestar es menor que en la sesión anterior)

T: Muy bien, lograste llegar nuevamente a 30 segundos. ¿Cómo te encuentras en este momento?

P: A pesar de que me siento un poco agitado y la cabeza me empieza a dar vueltas, no siento tanto miedo de perder el control.

T: ¿Te parece si tomamos nuevamente tu pulso y nivel de ansiedad?

P: Sí claro...está un poco alto creo, pasé a 74 pulsaciones, pero en USA siento que fue un 5 o 6.

T: Es normal que te sientas así ya que acabamos de llevar a cabo la técnica, poco a poco irá bajando esa sensación.

P: Sí, de a pocos está bajando.

T: Te voy a explicar un poco acerca de la relación que existe entre tus pensamientos, emociones y conductas, puede ser un poco difícil detectarlos al principio, pero con la práctica irás aprendiendo como aplicarlo. Para ello voy a recurrir al modelo ABC, el cual consiste en comprender la interrelación entre los acontecimientos o hechos, para ello te voy a mostrar un recuadro. A es la situación que activa nuestras emociones y comportamiento, B son nuestros pensamientos e interpretaciones y C las consecuencias tanto emocionales como conductuales. En la tabla 2 se puede apreciar cada uno de ellos.

Tabla 3

Explicación del modelo ABC

| Antecedente | Pensamiento/Interpretación | Consecuencias |
|----------------------------|---|---|
| Es la situación activadora | Qué es lo que pensamos ante la situación activadora y como interpretamos lo que nos ocurre. | Como nos sentimos frente a ello y, por lo tanto, como actuamos. |

T: Esos pensamientos y creencias los vamos construyendo a medida que crecemos. Por ejemplo, podemos utilizar un evento que te genere mucha ansiedad, como alejarte de casa solo. ¿Qué piensas en ese momento?

P: Que nadie me ayudará, que tendré un ataque en cualquier momento porque empiezo a sentir malestar físico.

T: Y eso ¿A qué te lleva?

P: A sentirme con miedo, angustiado y no querer salir.

En la tabla 3 se puede apreciar una situación activadora en el paciente y cómo este procesa la información y reacciona ante esta.

Tabla 4*Cuadro del modelo ABC con los datos del paciente*

| A | B | C |
|---|--|---|
| Salir solo de casa y alejarse más de un par de cuadras. | - “Siento un malestar físico porque me va a dar un ataque”. | Dejar de salir y realizar actividades que disfruto por temor. |
| | - “Nadie me va a auxiliar”. | |
| | - “Probablemente me desmaye”. - “Si no me voy de aquí tendré una crisis de pánico”. | Ello me causa mucha ansiedad y tristeza porque me decepciono de mí mismo. |

T: Como podemos notar, si bien es cierto el malestar está presente, puedes aprender a reemplazar esos pensamientos que causan tanto impacto a nivel emocional y conductual, por otros más realistas. Por ejemplo, los sustituimos por: “Si siento que mi ritmo cardiaco aumenta no necesariamente tendré un ataque de pánico, “Si me alejo de casa y de pronto aparece una crisis, se cómo controlarme y tengo herramientas para afrontarlo aun así esté solo”.

P: La verdad señorita que nunca lo había pensado de esa forma, o sea se puede decir que he aprendido a alejarme de lo que me da miedo.

T: Así es y es justamente evitar esas circunstancias lo que mantiene los pensamientos y por ende las consecuencias disfuncionales.

P: Ahora lo tengo mucho más claro, sobre todo con ejemplos, sino me hubiera costado un poco más.

T: Que bueno que lo hayas interiorizado, Toño, la próxima sesión continuaremos profundizando este tema y también hablaremos un poco acerca del debate. Lo que sí te voy a pedir es que anotes en una hoja el ejercicio de ABC y registres algo que te ocurra durante la semana, notando las creencias que surgen y la próxima semana lo revisamos.

P: Perfecto, no hay ningún problema. Me gustó la sesión de hoy.

T: Te felicito nuevamente por tu compromiso con las terapias y el cumplimiento de las citas, nos vemos la próxima semana.

P: Muchas gracias, hasta luego.

Conclusión:

- ✓ Se alcanzaron los objetivos establecidos.

Sesión N°10

17/08/22

Objetivos de la sesión:

Revisión de la aplicación del modelo ABC designado a casa.

Explicar cómo modificar los pensamientos desadaptativos.

Enseñar al paciente los tipos de debate.

Retroalimentación de la sesión anterior.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación.

Escucha activa.

Modelo ABC.

Exposición directa

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: Se le explicó al paciente acerca de adquirir pensamientos alternativos a los que no son saludables, afectando la conducta y emociones.

T: Bienvenido una vez más, Toño. ¿Cómo ha estado tu semana?

P: Hola, buenas tardes. La semana en general no estuvo tan mal, salvo por el lunes, he estado más tranquilo practicando las técnicas de relajación durante la noche, aunque la de exposición interoceptiva me deja un poco tenso porque me causa mareos.

T: Entiendo, ¿qué ocurrió en la semana que te generó malestar?

P: El lunes, o sea antes de ayer, entré con mi compañero de trabajo a comprar unas correas para los perros, la verdad me sentí tranquilo mientras caminaba por los pasillos buscando los productos, estaba distraído, pero cuando estábamos pagando en caja me di cuenta de que había mucha gente en la tienda y me comencé a sentir mal. Tuve que salirme y dejar que mi compañero pagara. La respiración me ayudó mucho a que no se me desate una crisis en la tienda, pero cuando ambos ya nos subimos al carro le pedí a él que maneje y tuve una crisis finalmente, pero considero que aguanté mucho.

T: Exactamente, aunque se presenten los episodios, continuaremos trabajando para que esto afecte lo menos posible tu desempeño y calidad de vida. ¿Pudiste realizar el registro que te pedí la semana pasada?

P: ¡Sí! Es más, utilicé lo que me pasó el lunes como ejemplo.

En la tabla 4 el paciente describe un suceso ocurrido durante la semana, lo cual se designó registrar en un cuadro como tarea para la casa, para así observar y que él mismo note cuáles fueron sus pensamientos, creencias y emociones frente a esta situación.

Tabla 5

Registro del modelo ABC de acontecimientos del paciente

| A | B | C |
|---|---|---|
| Encontrarse en un centro comercial concurrido para hacer compras. | <ul style="list-style-type: none"> - “Me voy a sofocar entre tanta gente”. - “Los demás me mirarán raro si tengo una crisis aquí”. - “No podré salir de aquí” - “Si no logro salir me voy a desmayar o perder el control” | Huir de la situación y evitar a toda costa el malestar y emocionalmente sentir mucha ansiedad y tristeza, porque me decepciono. |

T: Que bueno que hayas tomado de ejemplo lo que te ocurrió en la semana, identificaste muy bien los pensamientos e interpretaciones que aparecen en esos momentos, las emociones que te genera ello y los comportamientos que justamente mantienen y

refuerzan tus creencias, como escapar. Podemos utilizar la misma situación como ejemplo, pero cambiando nuestra manera de pensar, por ejemplo, basándonos en tu registro:

Tabla 6

Registro de la técnica de reestructuración cognitiva del paciente (Modelo ABC)

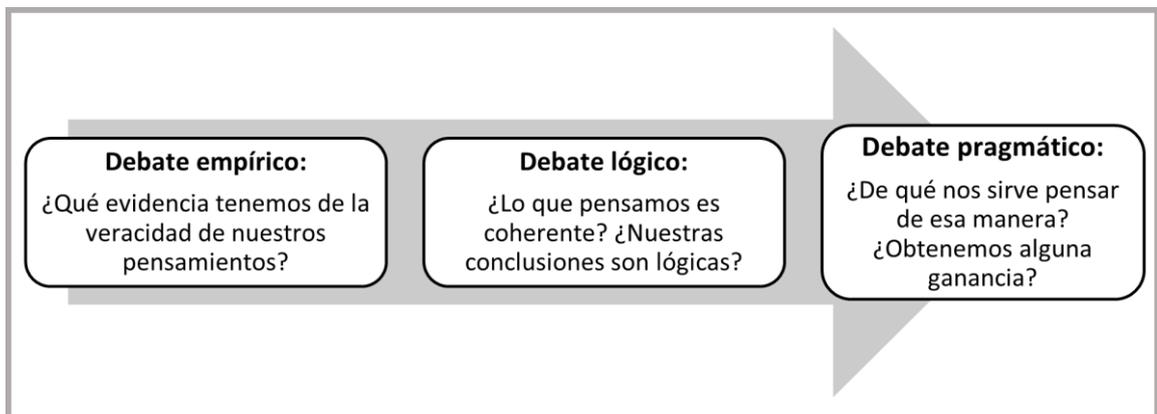
| A | B | C |
|--|---|---|
| <p>Encontrarse en un centro comercial concurrido para hacer compras.</p> | <p>- “El que haya mucha gente en una tienda, no quiere decir que tendré un ataque de pánico”.</p> <p>- “Si me encuentro solo y tengo una crisis, tengo las herramientas para enfrentarlo”.</p> <p>- “Si me siento acalorado por el ambiente dentro de la tienda, no significa que sea un indicador de que iniciara una crisis”.</p> | <p>Realizar la actividad con un mejor ánimo y disposición, cumpliendo con mis responsabilidades y haciendo uso de mis herramientas.</p> <p>Las emociones siguen presentes, pero se vuelven más tolerables, por ejemplo, teniendo un nivel de ansiedad de 5/10, en lugar de 10/10.</p> |

P: Es como poner a prueba mis creencias o cuestionarlas ¿no?

T: Así es, para ello te explicaré brevemente sobre los debates que podemos utilizar frente a estas creencias.

Figura 9

Tipos de debate.



Nota. Adaptado de “Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos”, (p.84), F. Alberto, 2010, Revista de Psicología, Universidad de Antioquía.

T: ¿Tienes alguna duda con respecto a los tipos de debate que podemos emplear?

P: No, al contrario, me sirve mucho saber que no todo lo que pienso es necesariamente verídico o racional, lo que también me puede ayudar durante esos momentos en los que sí estoy convencido de que me voy a morir o volver loco.

T: En la próxima sesión hablaremos un poco sobre los sistemas de creencias, lo que se relaciona con lo que hemos estado trabajando, es decir, en cuestionar esos pensamientos. Lo que te voy a pedir para la semana que viene es que intentes exponerte a una situación que te genere malestar, quizá ir a un lugar concurrido, dar una vuelta solo o manejar el auto. ¿Te parece?

P: Y registro todo ¿verdad?

T: Así es, la próxima sesión me cuentas como fue la experiencia.

P: Perfecto, gracias por esta sesión, con ejemplos siento que entiendo todo mejor.

T: Gracias a ti, vamos a agendar nuestra siguiente cita.

Conclusiones:

Se lograron los objetivos planteados al inicio.

Sesión N°11

24/08/22

Objetivos de la sesión:

Explicarle al paciente acerca del sistema de creencias.

Identificar el sistema de creencias irracionales.

Evaluar su capacidad de debate.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación.

Escucha activa

Reestructuración cognitiva

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: La siguiente sesión se basó en la revisión de la actividad delegada en explicarle al paciente acerca de los sistemas de creencias, para así evaluar su capacidad de debate y reemplazarlos por otros más adaptativos.

T: Buenas tardes, Toño. ¿Cómo estás?

P: Me he sentido bien durante toda la semana, excepto al tener que exponerme a comprar solo, sentí mucho malestar, pero respiré y poco a poco fue bajando, cuando me calmé y llegué a mi casa pude más o menos notar lo que me pasó y lo anoté.

T: Me imagino, en ocasiones las exposiciones suelen ser incómodas, pero mientras más herramientas tengamos para poder transitarlas, mucho mejor, así como hemos venido trabajando.

P: La verdad no me animé a entrar a un centro comercial aún, pero si lo hice yendo a comprar solo el alimento de mis mascotas, usualmente voy acompañado porque queda más lejos del perímetro en el que me siento a salvo.

T: ¡Excelente! Estás aplicando muy bien las técnicas y, sobre todo, el hecho de exponerte pese al malestar es un gran avance. Hoy te explicaré un poco acerca de las creencias irracionales. Tenemos a las creencias globales las cuales son generalizaciones

que hacemos acerca de la vida, de nosotros mismos y los demás, mientras que las creencias intermedias constituyen reglas, supuestos y valoraciones, los cuales te explicaré a continuación. ¿Cuál crees que es la creencia central?

P: Podría ser “soy un incapaz”

T: Y eso nos lleva a las creencias intermedias.

En la tabla 6 se presenta la información correspondiente acerca de las creencias

Tabla 6

Cuadro de ejemplo de creencias intermedias

| Supuestos | Reglas | Valoraciones |
|---|--|--|
| “Si tengo una enfermedad, nadie me va a querer” | “No debo tener ataques de pánico para relacionarme con otros”. | “Es insoportable tener este trastorno” |

T: Perfecto, por lo que comentas entiendo que el hecho de tener crisis de pánico quiere decir que no te puedes relacionar con los demás.

P: Sí, en todo sentido, amigos o pareja.

T: Y qué pasa si yo te digo que una persona que no presenta ataques de pánico puede tener comportamientos desadaptativos como beber en exceso, ser violento con los demás, lo que hace casi imposible el mantener vínculos saludables. Por otro lado, una persona que presenta ansiedad y continúa con un tratamiento adecuado, haciendo uso de herramientas para relacionarse con otros, puede encontrar un equilibrio saludable. ¿Qué entiendes por eso?

P: Creo que entiendo que el hecho de tener una crisis de pánico o un trastorno de ansiedad no constituye toda mi vida, que también hay otros aspectos en los que puedo destacar o trabajar en eso.

T: Exactamente, el hecho de que presentes una crisis de pánico, no significa que los demás no puedan tener vínculos saludables contigo o que seas inferior a quien no lo presenta.

P: Y que estar totalmente sano no significa que necesariamente todos te quieran o que seas perfecto.

T: Así es. De esa forma estás modificando tu sistema de creencias que causan esos pensamientos automáticos que aparecen ante una situación ansiógena. Al haber comprendido el sistema de creencias, entonces podemos enfocarnos en potenciar los aspectos saludables y modificar poco a poco esas creencias. ¿Estás de acuerdo?

P: Sí, me parece perfecto.

T: Listo, avanzamos mucho esta sesión y me dio gusto que la interiorizaras tan bien. Te voy a pedir que continúes practicando la exposición e ir cambiando tus pensamientos.

P: Claro que sí, no hay problema, muchas gracias por la sesión de hoy.

T: Igualmente, cuídate,

Conclusiones:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N°12

31/08/22

Objetivos de la sesión:

Educar al paciente acerca de la técnica de solución de problemas.

Refuerzo de la sesión anterior.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación

Solución de problemas

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: A continuación, se describirá el proceso de psicoterapia que se basó en la retroalimentación de la sesión anterior para corroborar la interiorización de las creencias irracionales del paciente, así como la explicación al paciente acerca de la solución de problemas. Cabe resaltar que el terapeuta estará representado por la letra T y el paciente por la letra P.

T: Muy buenos días, bienvenido. ¿Cómo estuvo tu semana?

P: La verdad es que bastante bien, mejor de lo que esperaba.

T: ¿Cómo así? Cuéntame.

P: He logrado cuestionar las situaciones que me suceden, como el hecho de pensar que otras personas se dan cuenta de mis síntomas y por lo tanto, reemplazar ese pensamiento por “No todos tienen por qué estar pendiente de mí, cada quien está preocupado acerca de sus propios problemas”, también he cuestionado las creencias de que “soy un incapaz”, porque me he dado cuenta de que el hecho de padecer de ansiedad, no me hace un inútil en todos los aspectos de mi vida, puedo trabajar, mantener a mi familia, además de tener herramientas que me permitan afrontar esas crisis.

T: Muy bien, te has podido dar cuenta en varias ocasiones que las suposiciones las creamos nosotros mismos y no quiere decir que sea una verdad irrefutable acerca de la percepción que tienen los demás.

P: O la que tenemos de nosotros mismos.

T: Así es, el hecho de exponerte y haber puesto en práctica las técnicas te demuestra que sí eres capaz de hacerle frente a tus problemas.

P: Algo más que quería agregar es que acepté comer con un amigo de confianza, él me llevó en el carro, pero fue un lugar público, sin embargo, a pesar de que nos sentamos en las mesas de afuera porque adentro si me parecía que estaba repleto, pude experimentar ansiedad, un 5/10, cuando respiré profundamente, me puse a pensar que

realmente había comido en exceso, por ello sentía el estómago revuelto, no porque necesariamente fuese a tener una crisis ¿no es cierto?

T: Es correcto, te felicito nuevamente por este gran paso. Estamos por culminar el proceso terapéutico, has sido muy comprometido, dedicado y sobre todo te has esforzado mucho ante situaciones que no han sido tan agradables para ti.

P: Sí, la verdad estoy bastante más tranquilo y por lo tanto más animado.

T: Es muy reconfortante escuchar eso. Ahora, vamos a continuar con la sesión de hoy, en la que te explicaré acerca de la técnica de solución de problemas, la cual es una técnica que te ayudará a encontrar distintas soluciones para reducir los niveles de ansiedad y estrés ante situaciones que puedan provocarlas, evitando respuestas que favorezcan o refuercen conductas desadaptativas.

Figura 10

Pasos en la solución de problemas



Nota. Adaptado de “Resolución de problemas”, (p.3), por A. Bados y E. Grau, 2014, Universidad de Barcelona.

T: Ahora, pondremos un ejemplo sobre una situación que te haya parecido conflictiva.

P: Me acuerdo de que una vez, me gustaba mucho una chica, pero no le dije que tenía ataques de pánico, ella me pedía que la recogiera de su trabajo y yo no podía manejar

solo y menos alejarme tanto porque vivía en Miraflores. Estaba totalmente lejos del perímetro de mi casa y sin compañía. Ella no entendía por qué nunca quería hacerlo y pensó que era desinterés, pero cuando me sinceré con ella después de haberme esforzado e ido una sola vez, me dijo que mejor fuéramos amigos porque ella no podía vivir viniendo solo a mi casa y sin ir a comer o al cine... además tuve que pedirle a mi hermano que me dé el encuentro porque me sentí mal después de dejarla en su casa.

T: Perfecto, ¿te parece si realizamos un cuadro siguiendo los pasos que te mostré de la técnica? Cabe recalcar que te puede servir para cualquier otro conflicto que tengas.

Figura 11

Cuadro de aplicación de la técnica en base al conflicto del paciente

| Definición del problema | Análisis del problema | Evaluación de alternativas | Elección de alternativas | Aplicación de la decisión |
|--|---|---|--|---|
| No poder ir a recoger a la chica que me gustaba y no contarle mis problemas por miedo a que me deje. | Si bien es cierto, puede ser un poco difícil conseguir pareja teniendo estas crisis, pero, quizá al haberle dicho la verdad desde el inicio las cosas hubiesen sido distintas | -Explicarle a mi pareja cómo me siento y tal vez encontrar un punto medio para los dos y tomar en cuenta sus deseos. -No decir nada y exponerme. -Evitar tener ese tipo de relaciones para no sufrir. | Decirle a mi pareja cómo me siento y saber si estaría dispuesta a encontrar un punto medio para vernos (respetando que es libre de decir que no) | Comentarle a la chica que sufro de ataques de pánico y agorafobia, lo cual hace que me cueste trabajo exponerme a ciertas cosas, pero podemos intercalar visitas o buscar un punto cómodo para ambos. |

Nota. Adaptado de “Resolución de problemas”, (p.3), por A. Bados y E. Grau, 2014, Universidad de Barcelona.

T: Perfecto Toño ¿Qué te pareció la técnica?

P: En realidad me hizo pensar mucho en como a veces tomo decisiones precipitadamente sin antes evaluar la opción que sería más favorable para mí y los demás.

T: Así es, una decisión asertiva y adecuada al momento. Lo que te voy a pedir, para finalizar es que pongas esta técnica en práctica ante una situación que te genere conflicto para así buscar una solución adecuada ¿Te parece?

P: Sí, por supuesto. De todas maneras.

T: Excelente, entonces, si no tienes ninguna duda podemos programar la cita para el próximo miércoles.

P: Claro que sí, muchas gracias.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados

Sesión N°13

07/09/22

Objetivos de la sesión:

Brindar información al paciente acerca de los estilos de comunicación.

Incorporar a su repertorio estilos asertivos para mejorar sus interacciones sociales.

Refuerzo de la sesión anterior.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación

Estilos de comunicación

Habilidades sociales

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: A continuación, se describirá el proceso de la siguiente sesión, la cual estuvo avocada en evaluar la capacidad del paciente en solución de problemas, a modo de retroalimentación de la sesión anterior y explicarle acerca de los estilos de comunicación, identificando el suyo. Cabe resaltar que la letra “T” es para el terapeuta y “P” para el paciente.

T: Toño ¿Cómo has estado? Que gusto verte.

P: Igualmente, señorita. La verdad he estado mucho mejor, por lo menos esta semana no he tenido ningún ataque de pánico, a pesar de que en una ocasión hubo mucho tráfico.

T: Me alegro mucho, eso quiere decir que estás empleando tus herramientas con mucha dedicación y no dejas de practicarlas. ¿Pudiste hacer el registro de la situación problemática que vimos la sesión pasada?

P: Sí, si lo hice, justo ocurrió un incidente preciso para esto. Hay una chica en el trabajo que siempre llega tarde, los perros requieren ser recogidos a determinada hora y he recibido quejas de clientes varias veces de que ha estado llegando tarde, pero nunca se lo he dicho, ni le he llamado la atención por evitar un mal ambiente, hasta hace poco.

T: ¿Me muestras el recuadro para analizar la situación?

P: Sí claro, lo hice desordenadamente, pero espero que se entienda.

Figura 12

Cuadro de solución de problemas del paciente

| Definición del problema | Análisis | Evaluación de alternativas | Elección de alternativas | Aplicación de la decisión |
|---|--|---|--|--|
| La chica que trabaja conmigo es impuntual casi siempre, pero lo dejo pasar. | Es incómodo generar un ambiente de tensión en el trabajo, pero continuará la problemática. | -No decirle nada y continuar recibiendo queja o perdiendo clientes por no discutir. -Despedirla de una vez por todas. -Decirle que estoy al tanto y ponerla a prueba. | Decirle que estoy al tanto y que a partir de ahora estará a prueba unas semanas con respecto a su puntualidad. | Comentarle que mi equipo y yo nos sentimos incómodos con la situación y que para continuar trabajando con nosotros será supervisada por un tiempo. |

Nota. Adaptado de “Resolución de problemas”, (p.3), por A. Bados y E. Grau, 2014, Universidad de Barcelona.

T: Muy bien, veo que entendiste fácilmente esta técnica y te fue muy útil.

P: Sobre todo porque era algo que venía postergando y ya no pude, ella aceptó que tenía la culpa, me explicó sus razones y quedamos en ese acuerdo de dos semanas.

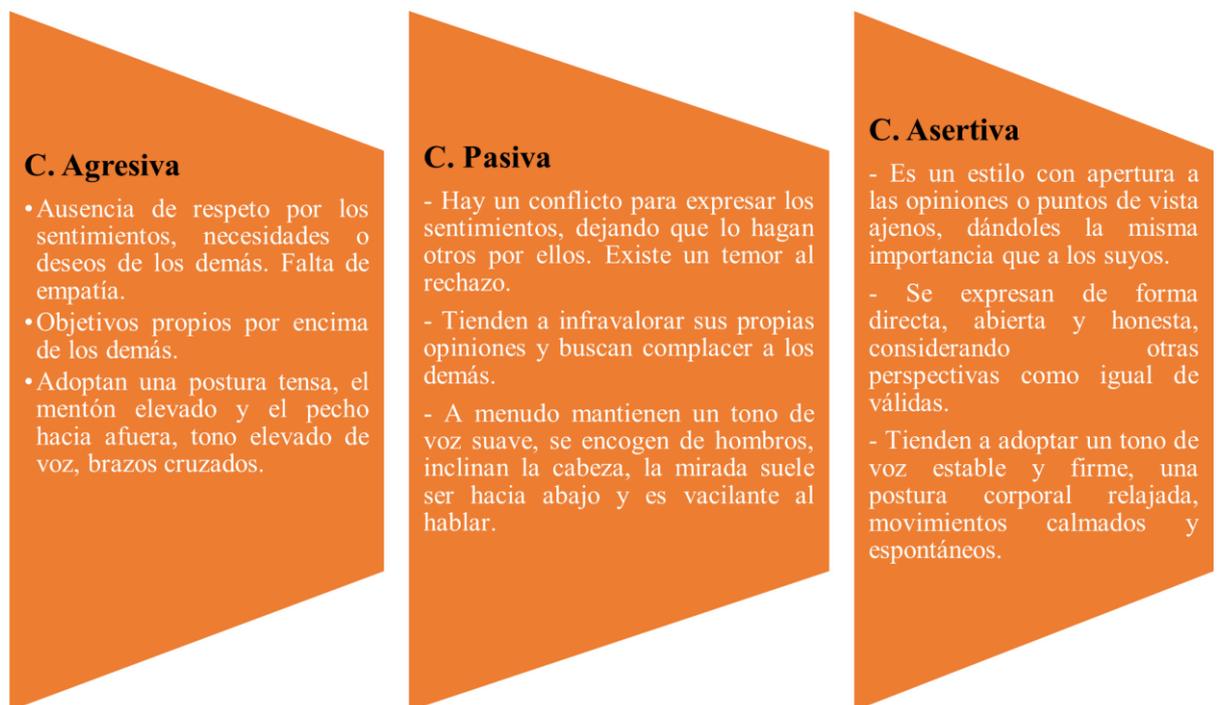
T: Lo que te explicaré el día de hoy también te ayudará mucho a abordar este tipo de problemática ya que trataremos específicamente los estilos de comunicación ¿has escuchado sobre ellos?

P: La verdad muy poco, doctora, se me viene a la mente “comunicación asertiva”.

T: Así es, esa es una de ellas. Estos estilos, además de ayudarnos a resolver conflictos interpersonales o tan solo expresar un punto de vista, como lo vimos en el cuadro de solución de problemas, nos ayudará a analizar cómo decimos las cosas y cómo las transmitimos. Para esto, te voy a mostrar un pequeño gráfico, para que puedas ver los diversos tipos de comunicación que existen:

Figura 13

Estilos de comunicación



Nota. Adaptado de “Estilos comunicacionales: pasivo, agresivo y asertivo”, artículo web por R. Rodríguez. <https://www.psiquion.com/blog/estilos-comunicacionales-pasivo-agresivo-asertivo>

T: Ahora que hemos visto cuáles son los estilos de comunicación y lo que implican ¿cuál dirías que sueles utilizar con mayor frecuencia?

P: Yo diría que el pasivo, la verdad que soy capaz de no decir nada para evitar que otros me hablen mal o evitar un conflicto en general, no me gustan los conflictos, me ponen muy nervioso. También me cuesta muchísimo expresar mi punto de vista.

T: Poniendo el ejemplo anterior, del suceso con la chica de tu trabajo ¿cómo crees que hubiese ido la situación si hacíamos uso del estilo pasivo de comunicación?

P: Pienso que continuaría comportándose igual y perjudicándonos con los clientes ya que no estaría enterada de que ese comportamiento me molesta, también podría pensar que no me doy cuenta o que en la compañía no se siguen las reglas.

T: Así es, sin embargo, hiciste uso de un estilo asertivo, no fuiste agresivo con ella al expresar tu opinión y tampoco dejaste de manifestarle tu molestia, por el contrario, se lo dijiste de un modo calmado y respetuoso que les permitió llegar a un acuerdo. ¿Notas la diferencia?

P: Que importante es la forma en la que decimos las cosas.

T: Correcto, además de ser algo que podemos aplicar en cualquier situación interpersonal, ya sea un conflicto o una conversación cotidiana en la cual quieras expresar tu opinión.

P: Cuesta a veces aplicar el estilo asertivo, pero me imagino que poco a poco comenzaré a hacerlo con más confianza.

T: Hablando justamente de eso, lo que te voy a pedir para nuestra próxima sesión es que, al igual que con el cuadro de solución de problemas, anotes una situación en la que hayas cambiado el estilo pasivo por el asertivo, algo similar al acontecimiento de la tardanza de tu compañera, cosa que lo revisamos la próxima semana. ¿Estás de acuerdo?

P: Claro, no hay problema, creo que ya los tengo bien diferenciados.

T: Perfecto, entonces, nos vemos la próxima semana.

P: Muchas gracias y buenas tardes.

Conclusiones

Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N°14

14/09/22

Objetivos de la sesión:

Retroalimentación de la actividad designada a casa sobre los estilos de comunicación.

Reforzar los estilos asertivos de comunicación del paciente.

Técnicas utilizadas:

Estilos de comunicación

Habilidades sociales

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: Esta sesión estuvo dirigida a evaluar la actividad designada acerca de determinada situación en la cual el paciente hizo uso del estilo asertivo de comunicación, así como de reforzar dicho estilo en los repertorios del paciente. El terapeuta será representado por la letra “T” y el paciente por la letra “P”.

T: Buenas tardes, Toño ¿cómo te encuentras?

P: Buenas tardes, la verdad es que bien, aún me cuesta exponerme a ciertas situaciones, pero igual lo hago, haciendo uso de las técnicas.

T: Que bueno, lo importante es que puedas realizar tus actividades sin que la ansiedad lo impida, es decir, posiblemente continúes experimentando la emoción, sin embargo, esta será más manejable, como lo es ahora, haciendo uso de las técnicas aprendidas, modificando poco a poco las creencias y me alegra mucho el progreso que hemos alcanzado.

P: Yo también me siento más tranquilo durante la semana, ya no veo el día siguiente como una tortura, simplemente hago mis cosas.

T: Te felicito por tu esfuerzo, se que no ha sido fácil, pero te has sobrepuesto a las circunstancias. Cuéntame, ¿pudiste utilizar el estilo de comunicación asertivo en alguna situación durante la semana?

P: Si, hace ya varios días que converso con una chica por una aplicación, me dijo para vernos la próxima semana y la verdad es que al principio sí sentí vergüenza en expresar lo que me pasaba, porque seguramente iba a querer ir a un restaurante o bar, pero tuve que hacerlo.

T: ¿Cómo fue que se lo comentaste?

P: Bueno, cuando ella me planteó la posibilidad de vernos primero se me pasó por la cabeza no decirle nada y descartarla simplemente, dejar de hablarle, pero le dije que desde hace mucho sufría de ansiedad, que lo conversaba con pocas personas, ya que tenía temor de que no lo entendieran. Yo pensé que su respuesta iba a ser cortante, pero le terminé contando gran parte de mi vida porque se interesó en lo que me pasaba, incluso quedamos en vernos en el parque de mi casa, aunque sea para conocernos un poco mejor, conversar y que en algún momento podía exponerme con ella a ir a un restaurant tal vez no tan concurrido, pero hacer eso por ella.

T: Que bueno Toño, no diste por asumida su respuesta, esperaste a comprobar tú mismo las cosas. No te dejaste llevar por los pensamientos automáticos y creencias que pudieran resultar irracionales, además de usar el estilo de comunicación asertivo. ¿Qué crees que hubiese pasado si hubieras utilizado un estilo agresivo?

P: Creo que no hubiera tomado en cuenta sus deseos u opiniones, tal vez obligarla solo a venir a verme, pero no hacer ningún esfuerzo por ella y ni siquiera explicarle por qué.

T: Así es, muy bien, ahora ¿cómo crees que se hubieran dado las cosas si hubieses utilizado un estilo de comunicación pasivo?

P: Probablemente me hubiera callado todo y dejado llevar por la vergüenza diciéndole que “sí” a todo, para luego terminar decepcionándola, ya que seguro no entendería por qué no llegué a recogerla en alguna ocasión o por qué la invito tanto a mi casa.

T: Buen ejemplo, pero gracias al uso de la comunicación asertiva pudiste relacionarte mucho mejor con esa persona e incluso darte la oportunidad de conocer a nuevas personas sin sentirte juzgado.

P: Sí, la verdad es que me sentí comprendido por ella, sentí que le importaba lo que me pasaba.

T: También es importante resaltar que el estilo de comunicación asertivo no va a evitar situaciones negativas, pero te hará transitarlas de la mejor manera posible. Cabe resaltar que no todas las personas reaccionan de la misma forma, por ejemplo, la chica te hubiera podido decir que no, a pesar de haber utilizado un adecuado estilo de comunicación. Es bastante frecuente que pensemos que los demás deben reaccionar como los tratamos, pero es tan solo una creencia irracional, ya que cada ser humano es distinto. Tal vez, en alguna ocasión seas muy amable con alguien y esa persona responda de manera grosera.

P: Es cierto, siempre esperaba o daba por hecho de que todo debía ser mutuo, pero comprendo que no es así.

T: Recuerda que también es importante no solo lo que decimos sino como lo decimos, es decir, haciendo uso del tono de voz adecuado, los gestos, nuestra postura. La congruencia entre la comunicación verbal, que es lo que decimos haciendo uso de palabras y oraciones y la comunicación no verbal, que son las expresiones faciales, el tono de voz, es importante para la adecuada transmisión del mensaje. ¿Tienes alguna duda?

P: No, doctora, ninguna, conocía el estilo asertivo pero muy poco y los otros dos si no los tenía muy claros del todo, pero ahora sí comprendo los tres.

T: Que bueno, entonces te comento que hoy es nuestra última sesión del proceso de psicoterapia, por lo tanto, nos veremos en un par de semanas para llevar a cabo el seguimiento.

P: Voy a seguir practicando todo lo que vimos en las sesiones.

T: Así es, es importante que continúes con lo que hemos aprendido en estas 14 sesiones.

P: Así lo haré.

T: Perfecto, entonces hasta la próxima sesión.

Sesión N°15- Primera sesión de seguimiento

28/09/22

Objetivos de la sesión:

Evaluar el estado del paciente.

Evaluación de las habilidades y técnicas trabajadas.

Brindarle la información necesaria ante posibles recaídas.

Técnicas utilizadas:

Psicoeducación

Escucha activa

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: En la siguiente sesión, se describirá el proceso de seguimiento de la psicoterapia, donde se evalúa el estado general del paciente tras la aplicación del programa de intervención cognitivo-conductual. Cabe resaltar que el terapeuta estará representado por la letra “T” y el paciente, por la letra “P”.

T: Buenas tardes, Toño, nos vemos después de dos semanas.

P: Sí, extrañé un poco venir.

T: Cuéntame ¿Cómo te has sentido en estas semanas tras culminar el proceso psicoterapéutico?

P: Honestamente, sentí un poco de preocupación cuando terminó la terapia, pero por el contrario me he sentido bastante bien. Animado e incluso ampliando la empresa de mascotas. Siempre hago uso de las técnicas de relajación, como le mencioné antes la de respiración se me hace más sencilla porque puedo practicarla en cualquier lugar y momento.

T: Me alegra mucho oír eso, ello es gracias a tu constancia y compromiso, sobre todo de poner en práctica durante los momentos más incómodos las técnicas que aprendimos. Cuéntame ¿en estos días has experimentado mucha ansiedad o ha aparecido alguna crisis de pánico?

P: Felizmente no, afortunadamente la respiración y también el hecho de reflexionar acerca de algunos acontecimientos para actuar con mayor claridad ha sido muy útil. Le comento que invité a salir a la chica con la que estoy hablando, fuimos a comer pasta y ambos quedamos que nos sentaríamos en un lugar un poco más calmado, sentí que me comprendió y a pesar de que comenzó a llenarse en un momento, me sentí más seguro.

T: Que bueno, Toño, me alegra que estés conociendo a alguien, que te desenvuelvas con mayor seguridad y sobre todo que puedas manejar mejor las situaciones que te generan estrés.

P: Creo que no hubiera podido llegar a este punto sin la terapia. Si bien el tratamiento farmacológico es de gran ayuda, sentía que me tenía estancado, como condenado a vivir para siempre así. No digo que no continúe sintiéndome ansioso o estresado entre la gente o cuando hay tráfico en hora punta y en ocasiones casi he caído en confundir síntomas físicos con un ataque de pánico, pero afortunadamente estos no se han dado y he podido atravesar esa ansiedad con mayor facilidad.

T: Así es, porque, te comento, a veces cuando una persona se encuentra estable y vuelve de pronto a experimentar los síntomas que generan incomodidad y temor, puede llegar

quizá a pensar que ha “retrocedido”, pero eso no significa para nada un retroceso, ya que, cuando se presente nuevamente alguna sintomatología, tendrás herramientas y destrezas para poder controlarlo de una forma más efectiva.

P: Sí, a veces tengo miedo de que si recaigo me vaya a poner mal nuevamente en el sentido de pensar que “no me va bien en nada”, “no consigo mis objetivos”, como usualmente he pensado. Creo que la mayor parte de mi vida he pensado así.

T: Es comprensible el temor ante las recaídas, pero, para ello, ahora tienes la posibilidad de manejar mejor tu ansiedad y modificar dichos pensamientos, por otros más realistas.

P: También pensé en eso, que, si bien tengo una enfermedad que no pedí, conozco mejor sobre ella, tengo más información y más habilidades para darme cuenta de que no me voy a morir, confío en el control que tengo ahora.

T: Muy bien, ese es un excelente indicio de que estás modificando tus pensamientos negativos y reemplazándolos, te felicito.

P: Muchas gracias, en realidad todo ha sido gracias a las sesiones que hemos tenido.

T: Y a tu esfuerzo y constancia, por supuesto. ¿Te parece si nos vemos en dos semanas nuevamente para monitorear tu progreso?

P: Sí, claro, no hay ningún problema.

Conclusión

Se lograron los objetivos planteados

Sesión N°16- Segunda sesión de seguimiento

12/10/22

Objetivos de la sesión:

Evaluar el estado del paciente.

Evaluación de las habilidades y técnicas trabajadas.

Técnicas utilizadas:

Escucha activa

Retroalimentación.

Descripción de la sesión: En la siguiente sesión, se describirá el proceso de seguimiento de la psicoterapia, donde se evalúa el estado general del paciente tras la aplicación del programa de intervención cognitivo-conductual. Cabe resaltar que el terapeuta estará representado por la letra “T” y el paciente, por la letra “P”.

T: Toño, cómo estás, hoy es nuestra última sesión.

P: Sí, estoy de verdad muy agradecido porque no pensé que las sesiones me fueran a ayudar tanto, sobre todo en mi día a día, me siento menos ansioso, mis pensamientos ya no son tan negativos.

T: Me alegra mucho escuchar eso. ¿Cómo te has sentido estas semanas?

P: Yo diría que, en general, bastante bien, por ejemplo, en estas dos semanas que pasaron, no he tenido ninguna crisis de ansiedad, solo me he alterado porque, bueno, a veces mis padres que ya son mayores se irritan o discuten, pero siento que puedo manejarlo mejor que antes.

T: ¿Qué novedades con tu familia? ¿Han conversado acerca de la terapia?

P: Bueno, con mi papá no converso mucho, pero con mi mamá estoy intentando pasar un poco más de tiempo, creo que se sorprendió porque últimamente no hablábamos tanto. Mi hermano y la chica con la que estoy saliendo sí me han dicho directamente que me notan cambiado para bien, ya disfruto más de las salidas con ella, mi hermano dice que me ve más independiente.

T: Que bueno que estas sesiones hayan sido útiles para ti y hayas podido mejorar los aspectos que no te deseabas, además de eso, que tengas el conocimiento de las técnicas que debes aplicar cuando te encuentres pasando por un momento difícil y que las recaídas no significan retroceso.

P: Exacto, también he notado que ya no soy tan duro conmigo mismo cuando siento ansiedad. De alguna forma me trato mejor.

T: Eso es muy importante, me da mucha alegría verte tan animado.

P: Lo estoy, además estoy muy agradecido por su ayuda.

T: Tú subiste la montaña solo, con tu esfuerzo y compromiso. Vamos a dejar aquí la sesión y por favor recuerda que si necesitas algo me puedes contactar.

P: Sí, yo sé, muchísimas gracias, hasta pronto.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Criterio del paciente

Al culminar con las sesiones, el paciente manifestó sentirse mejor y notar cambios positivos en su comportamiento. Asimismo, en el ámbito afectivo mencionó que ha notado una disminución en sus síntomas de ansiedad y su estado de ánimo es más estable y alegre. Por otro lado, con respecto a lo cognitivo, refirió sentirse menos agobiado por sus pensamientos ya que ahora puede debatirlos y no tomarlos como verdades irrefutables, lo cual le ocasionaba un gran malestar y dificultaba su relación con otros, pudiendo tener un mejor desenvolvimiento social y una comunicación más asertiva.

El paciente, a la vez, mencionó que sintió más confianza al trasladarse a lugares que antes le generaban altos niveles de ansiedad, lo cual aumentaba la funcionalidad en su trabajo y en sus relaciones interpersonales, así como una mayor independencia, lo cual le generaba mucha satisfacción personal y motivación a pesar de que puedan existir recaídas, debido a sus habilidades actuales para manejarlas.

4.2. Criterio de otros profesionales

A los 18 años el paciente acudió al psiquiatra debido a las crisis de ansiedad que presentaba y se le diagnosticó agorafobia, ya que no podía acudir a la universidad sin tener ataques de pánico, ni movilizarse a determinados lugares, lo cual dificultó su desarrollo profesional y su funcionabilidad en general, por lo cual se le recetó clonazepam ante la aparición de los síntomas, sin embargo, no recibió terapia psicológica. Actualmente disminuyó su consumo de clonazepam al mínimo, haciendo uso de las habilidades aprendidas, mencionando que acudirá nuevamente al psiquiatra este año para controlar la medicación.

4.3. Criterio psicométrico

Pre Test

En el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) el paciente obtuvo un puntaje de 52, lo cual es indicador de ansiedad severa.

En el inventario clínico multiaxial Millon II inicialmente, en patrones clínicos de personalidad, se obtuvo un puntaje de 95 en el patrón compulsivo, así como una puntuación de 90 en el evitativo, seguido por 89 puntos en tipo dependiente, los cuales representan indicadores elevados y un indicador sugestivo con 71 puntos en el patrón auto-derrotista. Por otro lado, en cuanto a síndromes clínicos, presento 87 puntos en ansiedad, el cual también es un indicador elevado.

En el test de matrices progresivas de Raven, el paciente obtuvo un puntaje de 55, lo cual lo ubica en el rango III que indica un nivel superior al término medio.

En el inventario de pensamientos automáticos (IPA), en filtraje obtuvo un puntaje de 9, en sobre generalización 8 y en visión catastrófica 7, ello indica el sufrimiento que le causa al paciente interpretar ciertos hechos de su vida, dejando de lado los positivos. Por otro lado, obtuvo un puntaje de 6 en debería y 5 en razonamiento emocional y etiquetaje, lo que sugiere que tiende a sentirse culpable si el paciente no cumple con las normas rígidas sobre cómo debería actuar.

Post-Test

En el Inventario de Ansiedad de Beck (IBAI) se obtuvo una puntuación de 13, la cual ubica al paciente en la categoría “ansiedad muy baja”.

En el inventario multiaxial Millon II, en cuanto a patrones clínicos de personalidad, el paciente obtuvo un puntaje de 72 en el tipo evitativo, 71 en dependiente y 68 en compulsivo, los cuales lo ubican en la categoría de indicadores sugestivos, asimismo, se obtuvo un puntaje de 52 en auto derrotista, calificándolo, así como indicador bajo. Por otro lado, en cuanto a síndromes clínicos, se obtuvo un puntaje de 40 en ansiedad, lo cual se considera un indicador bajo.

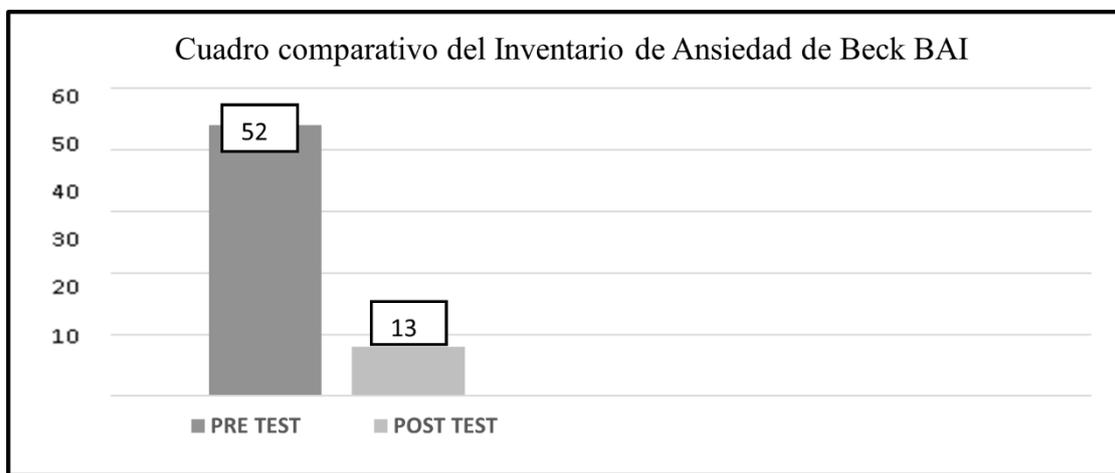
En el inventario de pensamientos automáticos (IPA), en filtraje obtuvo un puntaje de 2, así como en visión catastrófica y razonamiento emocional, en sobre generalización obtuvo 4, ello indica que el paciente tiene una mejor visión del futuro, sin dejarse llevar por pensamientos negativos. Por otro lado, obtuvo un puntaje de 1 en debería y 3 en etiquetaje, lo que sugiere que el paciente está siendo más flexible con las normas, dejando de lado algunos esquemas rígidos.

En el test de matrices progresivas de Raven, se obtuvo un puntaje de 57, perteneciente al rango III, ubicándolo en un nivel superior al término medio.

En las siguientes figuras podemos apreciar las puntuaciones obtenidas en la primera evaluación, en cuanto al inventario de ansiedad de Beck, se observa una disminución considerable de los niveles de ansiedad. Asimismo, en el test de matrices progresivas de Raven, se obtienen 2 puntos más que en el pre-test.

Figura 14

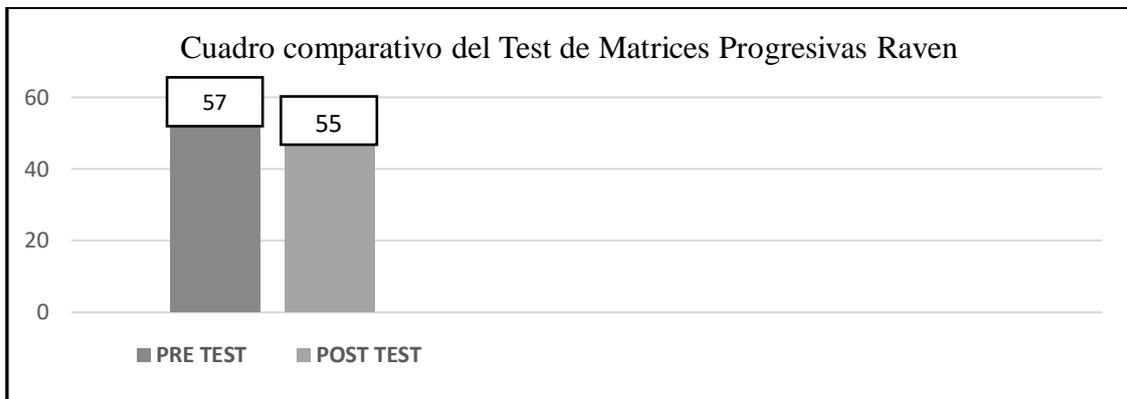
Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck del paciente (Pre y Post)



Nota. Adaptado de los resultados obtenidos tanto antes como después del tratamiento por el paciente en el Inventario de ansiedad de Beck BAI

Figura 15

Puntajes obtenidos en la prueba Matrices Progresivas de Raven (Pre-test y Post-test)



Nota. Adaptado de los resultados obtenidos por el paciente en la prueba de Matrices Progresivas de Raven antes y después del tratamiento.

En las siguientes tablas se pueden apreciar los puntajes pre y post-test en cada uno de los rasgos de personalidad que predominan en el Millon II, así como los puntajes obtenidos en el inventario de pensamientos automáticos.

Tabla 7

Puntajes obtenidos en el inventario multiaxial Millon II (Pre y Post-Test)

| | PRE-TEST | POST TEST |
|-----------------|----------|-----------|
| Evitativo | 90 | 72 |
| Auto-derrotista | 71 | 52 |
| Dependiente | 89 | 71 |
| Compulsivo | 95 | 68 |
| Ansiedad | 87 | 40 |

Tabla 8

Puntajes obtenidos en el inventario de pensamientos automáticos. (Pre y Post-Test)

| | PRE-TEST | POST TEST |
|------------------------|-----------------|------------------|
| Filtraje | 9 | 2 |
| Sobre generalización | 8 | 4 |
| Visión catastrófica | 7 | 2 |
| Razonamiento emocional | 5 | 2 |
| Debería | 6 | 1 |
| Etiquetaje | 5 | 3 |

4.4. Criterio clínico

De acuerdo al criterio clínico, mediante las sesiones trabajadas a lo largo del programa de intervención terapéutica, se puede concluir que se ha conseguido:

Una disminución marcada de los síntomas de ansiedad causados por el trastorno de pánico con agorafobia, como los ataques de pánico al acudir a lugares concurridos, alejarse del hogar, confundir síntomas físicos con la aparición de un posible ataque, así como la disminución de la frecuencia con la que estos se presentaban al inicio.

Aumento en la funcionabilidad del paciente, ya que se logró una mayor independencia para moverse a lugares más alejados del hogar, el uso de las técnicas aprendidas frente a síntomas de ansiedad, mejores relaciones interpersonales y mayor confianza en sí mismo al ejecutar sus tareas cotidianas. El paciente tiene conocimientos de cómo actuar respecto a posibles recaídas, así como reconocer los pensamientos automáticos que aparecen frente a estas.

4.5. Criterio funcionabilidad

El paciente trabaja como adiestrador, cuidador y paseador de mascotas, actualmente se encuentra ampliando su equipo de trabajo y aumentando su clientela, ya que puede realizar nuevas actividades en lugares más alejados del perímetro de su hogar.

Asimismo, sus relaciones interpersonales han mejorado considerablemente, consiguiendo tener pareja, realizando más actividades juntos y comunicándole sus emociones de forma asertiva, sin dejarse llevar por pensamientos disfuncionales que le impidan relacionarse con su entorno.

CAPÍTULO V

5.1. Resumen

Paciente de sexo masculino de 44 años que acude a consulta para una evaluación psicológica, en la cual refirió tener ataques de ansiedad muy fuertes cada vez que se alejaba de los alrededores de su casa o se encontraba en algún lugar concurrido, sintiéndose mareado, con falta de aire y temor a perder el control, junto con el aumento del ritmo cardíaco. El primer ataque de pánico lo tuvo a los 11 años, sin embargo, estos eran al inicio muy espaciados y esporádicos, por lo que no les daba mucha importancia, hasta que aumentó la frecuencia con el paso del tiempo y comenzó a interferir con su vida. Asimismo, manifestó tener ataques de pánico cuando se encontraba en su casa y percibía algún tipo de malestar físico. Por esta sintomatología el paciente no podía acudir a su centro de estudios, se sentía limitado en los trabajos que podía hacer y se aislaba de los demás por no poder compartir tiempo de calidad con ellos, por lo que a los 20 años su hermano lo llevó a una consulta psiquiátrica donde fue diagnosticado con agorafobia, pero mencionó solo haber aceptado el tratamiento farmacológico, ya que, pensaba que en las terapias lo obligarían a exponerse a los estímulos ansiógenos y no deseaba experimentar ese malestar.

Por otro lado, debido al malestar de los síntomas en la actualidad y cuanto estaban interfiriendo estos en su vida es que acepta acudir a una consulta psicológica y llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico.

Ulteriormente, se inició con el proceso de evaluación psicológica, mediante las técnicas de entrevista y observación, haciendo uso de las pruebas psicométricas con la finalidad de recaudar información del paciente y su estado actual. Tomando en cuenta tanto el criterio clínico como psicométrico, se le diagnosticó con trastorno de pánico con agorafobia.

Antes de iniciar con el plan de tratamiento, se realizó un análisis funcional de la conducta del paciente, tomando en cuenta los antecedentes, los pensamientos automáticos que

aparecen en determinados sucesos, el sistema de creencias, así como las respuestas emocionales y fisiológicas. Posteriormente se procedió a realizar el plan de intervención terapéutica bajo el modelo cognitivo-conductual, debido a ser considerada una de las más eficaces para tratar los trastornos de ansiedad y presentar mayor evidencia empírica. Por ende, se llevaron a cabo 14 sesiones una vez por semana durante 45 minutos, más 2 sesiones de seguimiento con un espacio de 2 semanas cada una.

Al iniciar con el plan de tratamiento, se establecieron los objetivos a lograr durante las sesiones. El objetivo de la primera sesión fue el de la psicoeducación con respecto al modelo cognitivo-conductual en la problemática actual del paciente, definiendo lo que era la ansiedad y cuándo esta era perjudicial para la salud, así como la relación de los pensamientos desadaptativos con el comportamiento y como nuestras creencias influyen en el mantenimiento de la problemática.

Las primeras sesiones estuvieron focalizadas en implementar técnicas de relajación en el paciente para que pueda ponerlas en práctica cuando un ataque de pánico o niveles muy altos de ansiedad se presentaran, como la técnica de respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson. Se utilizó el sistema USA (Unidad Subjetiva de Ansiedad) para calificar los niveles de ansiedad del 0 al 10. Posteriormente, se explicó y determinó la relación entre los pensamientos y la conducta, haciendo uso del modelo ABC de Ellis, identificando pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares, para poder modificar las que resultaran disfuncionales para el paciente. Asimismo, las últimas sesiones se enfocaron en implementar habilidades sociales en el paciente para un mejor desenvolvimiento en su entorno y técnicas de solución de problemas. Durante las sesiones se le delegaron tareas o actividades para la casa.

Finalmente, al culminar el proceso se realizó una reevaluación del paciente, evidenciándose un cambio notorio en los niveles de ansiedad frente a diversas circunstancias,

siendo capaz de movilizarse solo o acudir a lugares a los que antes no se animaba por temor a presentar un ataque de pánico, manifestando tener mayor autonomía e independencia, así como un mejor desenvolvimiento laboral al poder desplazarse a zonas más lejanas que los alrededores de su casa. Asimismo, sus relaciones interpersonales han mejorado considerablemente y puede manejar la ansiedad empleando las técnicas aprendidas y pensamientos más adaptativos. Se reforzaron sus avances y se hicieron las acotaciones pertinentes sobre posibles recaídas, entre otras recomendaciones.

5.2. Conclusiones

Al haber concluido el tratamiento, de acuerdo a los resultados obtenidos, se han alcanzado los siguientes objetivos:

Reconocer y modificar el sistema de creencias distorsionadas por otras más adaptativas y realistas.

Moderación de respuesta de ansiedad frente a las crisis de pánico y sus desencadenantes haciendo uso de las técnicas implementadas.

Mejora del estado emocional del paciente.

Mayor autonomía y mejor desenvolvimiento en el ámbito social y laboral.

Aumento de la funcionabilidad.

Se evidencia remisión de síntomas del trastorno de pánico con agorafobia.

5.3. Recomendaciones

Para el paciente

Se le recomienda al paciente continuar poniendo en práctica las técnicas aprendidas y el seguimiento de los cambios producidos en la terapia.

Continuar realizando ejercicios de exposición a los estímulos temidos.

Recordar que las recaídas son parte del proceso de cambio.

Para los investigadores

Continuar realizando estudios sobre el trastorno de pánico con agorafobia, con la finalidad de mejorar el plan de intervención.

Con diversos profesionales de la salud, buscar la implementación de programas de intervención y promoción en el país que reduzcan la incidencia y prevalencia de los trastornos de ansiedad.

Referencias

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterj, S. & Thornicroft, G. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*, 35(3), 195–208. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22711>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038- 1059. <http://dx.doi.org/10.6018/29.3.178511>
- Bados, A. (2005) *Trastorno de pánico y agorafobia: Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. Ars Médica.
- Bados, A. & García, E. (2014) *Resolución de problemas*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Bandura, A., & Walters, R.H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Barlow, D & Craske, M.G. (2000). *Mastery your anxiety and panic: client workbook for anxiety and panic*. Graywind Psychological Corporation.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. The Guilford Press.
- Beck, A. & Clark, T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee De Brouwer.
- Bouton, M.E., Mineka, S. & Barlow, D.H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4–32, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.4>

- Botella, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478, <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0348050661&partnerID=tZOtx3y1>
- Buela-Casal, G., Sierra, J., Martínez, M. & Morales, E., (2001). *Evaluación y Tratamiento del pánico y la agorafobia*. En Buela-Casal, G. & Sierra, J. Manual de Evaluación y tratamientos psicológicos, Madrid: Biblioteca Nueva, 73-131.
- Carpenter, J., Andrews LA, Witcraft, S., Powers, M., Smits, J., & Hofmann, S. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*, 502-514. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22728>
- Cattell, R.B. (1983). La naturaleza y medida de la ansiedad. *Estudios de Psicología*, 4(16), 47-59. <https://dx.doi.org/10.1080/02109395.1983.10821367>
- Contreras, J. (2015) El modelaje como fuente de aprendizaje. *Valoras UC*, 2, 1-5. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-cesar-vallejo/tutoriaiii/el-modelaje-como-fuente-de-aprendizaje-2018/20862305>
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. & Gelder, M. (1994) A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-659 <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0->
- Díaz, I. & De la Iglesia, G. (2019) Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-48
- Ferrer, A. (2010) Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos. *Revista de psicología de la Universidad de Antioquía*, 2(3), 74-92. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100006

- Freud, S. (1917). *La Angustia*. En S. Freud. Obras Completas. Amorrortu Editores.
- Gómez, A.E. (2012) Trastornos de ansiedad: Agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia Preventiva*, 26(6), 33-39.
- Hollon, J., Thase, M., & Markowitz, J. (2002). En *Treatment and Prevention of Depression. Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.
<http://www.jstor.org.ezbiblio.usfq.edu.ec/stable/pdf/40062329.pdf?acceptTC=true>
- Ibáñez-Tarín, C. & Manzanera-Escartí, R. (2012) Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *Semergen*, 38(6), 377-38. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.semereg.2011.07.019>
- Lega, L., Sorribes, F., & Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual. Una versión teórico-práctico actualizada*.
https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/36/35532_TERAPIA_RACIONAL_EMOTIVA_AMPLIADA.pdf
- Navas, W. & Vargas, M.J. (2012) Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Nicholas L.M., & Shumann E (2013). *Trastorno de pánico*. Tintinalli. Medicina de urgencias, 7ed. McGraw-Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1532§ionid=101560102>
- Olivares-Olivares, P.J., Costa, F.J. & Olivares, J. (2016) Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico. *Casos clínicos en salud mental*, 1(1), 1-13.
- Palomino, C., Santiago, E., & Zarate (2017). Revisión bibliográfica de la efectividad de la terapia racional emotiva conductual (REBT). *Apuntes Científicos Estudiantiles de Psicología* 1(17). https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/view/93

- Peñate, W., Pitti, C. & Gracia, R. (2006) Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. *Salud Mental*, 29(2), 22-28.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222905>
- Peñate, W., Dorta-Concepción, L., Álvarez-Pérez, Y., Pitti, C., Villaverde, M. & Bethencourt, M. (2020) Comorbilidad en una muestra de pacientes con Agorafobia: La presencia de la ideación suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 55(2), 173-183. <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.13>
- Puerta, J. & Padilla, D. (2011) Terapia cognitivo-conductual como tratamiento para la depresión, una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. & Paz, M. Terapia Cognitiva (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010) Tratamiento psicológico del trastorno de pánico con o sin agorafobia: Un meta-análisis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Vernon A., & Doyle, K. (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. Amer Counseling Assn.
- Watson, J.B. (1976). *El conductismo*. Paidós

ANEXOS

Anexo A

Contrato psicoterapéutico

CONTRATO PSICOTERAPÉUTICO

La finalidad del presente contrato es especificar las condiciones del funcionamiento del programa de intervención que usted va a iniciar. En este, se detallarán una serie de compromisos que deben ser respetados por ambas partes implicadas para su adecuado desarrollo.

CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISOS DEL PSICÓLOGO

1. El psicólogo se compromete a velar por la confidencialidad profesional del programa en desarrollo, así como a brindar apoyo psicológico al paciente.
2. Las sesiones de tratamiento se llevarán a cabo con una continuidad de una sesión por semana de aproximadamente una hora de duración. En ocasiones, podrán llegar a realizarse dos sesiones semanales siendo justificadas por motivos concretos. Todo ello con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados.
3. Se llevarán a cabo sesiones de seguimiento después de la intervención.

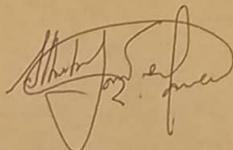
COMPROMISOS DEL CLIENTE

1. El cliente se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia ya sea por vía presencial o virtual cuando le sea imposible acudir, ante lo que deberá avisar con 24 horas de anticipación. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin informar de ello, el tratamiento se dará por finalizado.
2. El cliente se compromete a realizar las tareas asignadas en cada momento por su terapeuta.
3. La firma del presente contrato terapéutico supone el consentimiento por ambas partes para que el programa se desarrolle conforme a las condiciones establecidas.

Lima, 17 de MAYO de 2022

El paciente
Nombre: L P

Firma:



Psicoterapeuta

Nombre: Elena Hernández

Firma:



PRE-TEST

Anexo B

Test de Matrices Progresivas de Raven

| NOMBRE: | TOÑO | EDAD CRON.: | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|--------------|------------------------|----|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|--|---------|--|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|--|---------|--|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|--|---------|--|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|--|---------|--|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| NIVEL ACADÉMICO: | SUPERIOR | FECHA: | 16/05/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPTURA DE RESPUESTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">SERIE A</th></tr></thead><tbody><tr><td>A1</td><td>4</td></tr><tr><td>A2</td><td>5</td></tr><tr><td>A3</td><td>1</td></tr><tr><td>A4</td><td>2</td></tr><tr><td>A5</td><td>6</td></tr><tr><td>A6</td><td>3</td></tr><tr><td>A7</td><td>6</td></tr><tr><td>A8</td><td>2</td></tr><tr><td>A9</td><td>1</td></tr><tr><td>A10</td><td>3</td></tr><tr><td>A11</td><td>4</td></tr><tr><td>A12</td><td>5</td></tr></tbody></table> | SERIE A | | A1 | 4 | A2 | 5 | A3 | 1 | A4 | 2 | A5 | 6 | A6 | 3 | A7 | 6 | A8 | 2 | A9 | 1 | A10 | 3 | A11 | 4 | A12 | 5 | <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">SERIE B</th></tr></thead><tbody><tr><td>B1</td><td>2</td></tr><tr><td>B2</td><td>6</td></tr><tr><td>B3</td><td>1</td></tr><tr><td>B4</td><td>2</td></tr><tr><td>B5</td><td>1</td></tr><tr><td>B6</td><td>3</td></tr><tr><td>B7</td><td>5</td></tr><tr><td>B8</td><td>6</td></tr><tr><td>B9</td><td>4</td></tr><tr><td>B10</td><td>3</td></tr><tr><td>B11</td><td>4</td></tr><tr><td>B12</td><td>5</td></tr></tbody></table> | SERIE B | | B1 | 2 | B2 | 6 | B3 | 1 | B4 | 2 | B5 | 1 | B6 | 3 | B7 | 5 | B8 | 6 | B9 | 4 | B10 | 3 | B11 | 4 | B12 | 5 | <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">SERIE C</th></tr></thead><tbody><tr><td>C1</td><td>8</td></tr><tr><td>C2</td><td>2</td></tr><tr><td>C3</td><td>3</td></tr><tr><td>C4</td><td>8</td></tr><tr><td>C5</td><td>7</td></tr><tr><td>C6</td><td>4</td></tr><tr><td>C7</td><td>5</td></tr><tr><td>C8</td><td>4</td></tr><tr><td>C9</td><td>7</td></tr><tr><td>C10</td><td>8</td></tr><tr><td>C11</td><td>1</td></tr><tr><td>C12</td><td>3</td></tr></tbody></table> | SERIE C | | C1 | 8 | C2 | 2 | C3 | 3 | C4 | 8 | C5 | 7 | C6 | 4 | C7 | 5 | C8 | 4 | C9 | 7 | C10 | 8 | C11 | 1 | C12 | 3 | <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">SERIE D</th></tr></thead><tbody><tr><td>D1</td><td>3</td></tr><tr><td>D2</td><td>4</td></tr><tr><td>D3</td><td>3</td></tr><tr><td>D4</td><td>7</td></tr><tr><td>D5</td><td>8</td></tr><tr><td>D6</td><td>6</td></tr><tr><td>D7</td><td>5</td></tr><tr><td>D8</td><td>4</td></tr><tr><td>D9</td><td>1</td></tr><tr><td>D10</td><td>2</td></tr><tr><td>D11</td><td>5</td></tr><tr><td>D12</td><td>6</td></tr></tbody></table> | SERIE D | | D1 | 3 | D2 | 4 | D3 | 3 | D4 | 7 | D5 | 8 | D6 | 6 | D7 | 5 | D8 | 4 | D9 | 1 | D10 | 2 | D11 | 5 | D12 | 6 | <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">SERIE E</th></tr></thead><tbody><tr><td>E1</td><td>3</td></tr><tr><td>E2</td><td>6</td></tr><tr><td>E3</td><td>8</td></tr><tr><td>E4</td><td>2</td></tr><tr><td>E5</td><td>1</td></tr><tr><td>E6</td><td>5</td></tr><tr><td>E7</td><td>1</td></tr><tr><td>E8</td><td>6</td></tr><tr><td>E9</td><td>4</td></tr><tr><td>E10</td><td>2</td></tr><tr><td>E11</td><td>4</td></tr><tr><td>E12</td><td>5</td></tr></tbody></table> | SERIE E | | E1 | 3 | E2 | 6 | E3 | 8 | E4 | 2 | E5 | 1 | E6 | 5 | E7 | 1 | E8 | 6 | E9 | 4 | E10 | 2 | E11 | 4 | E12 | 5 |
| SERIE A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A1 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A2 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A3 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A4 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A6 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A7 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A8 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A9 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A10 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A11 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A12 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERIE B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B6 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B7 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B8 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B9 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B10 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B11 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B12 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERIE C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C1 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C3 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C4 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C5 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C6 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C7 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C8 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C9 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C10 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C11 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C12 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERIE D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D1 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D2 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D3 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D4 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D5 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D6 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D7 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D8 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D9 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D10 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D11 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D12 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERIE E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E1 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E2 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E3 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E4 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E5 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E6 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E7 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E8 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E9 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E10 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E11 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E12 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUMAS PARCIALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 | 9 | 12 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | PERCENTIL | RANGO | DIAGNÓSTICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | 75 | III | SUPERIOR TÉRMINO MEDIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo C

Inventario Clínico Multiaxial Millon II

| Escala de Validez | | | | | | | | | | PUNTAJE | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------|--------|---------|----|------|------|------|---------------------|---------|-------|---|
| V | Validez | 0 | = | Válido | | | | | | | FINAL | |
| X | Sinceridad | 333 | = | Válido | | | | | | | 55 | X |
| Y | Deseabilidad Social | 12 | = | | | | | | | | 57 | Y |
| Z | Autodescalificación | 12 | = | | | | | | | | 51 | Z |
| | | PUNTAJE | FACTOR | AJUSTES | | | | | PUNTAJE | | | |
| Patrones clínicos de personalidad | | Bruto BR | X X1/2 | DA | DD | DC-1 | DC-2 | Pac. | FINAL | | | |
| 1 | Esquizoide | 29 | 75 | 75 | | | | | 75 | 1 | | |
| 2 | Evitativo | 36 | 90 | 90 | 90 | | | | 90 | 2 | | |
| 3 | Dependiente | 37 | 89 | 89 | | | | | 89 | 3 | | |
| 4 | Histriónico | 10 | 0 | 0 | | | | | 0 | 4 | | |
| 5 | Narcisista | 18 | 13 | 13 | | | | | 13 | 5 | | |
| 6A | Antisocial | 18 | 52 | 52 | | | | | 52 | 6A | | |
| 6B | Agresivo-sádico | 19 | 39 | 39 | | | | | 39 | 6B | | |
| 7 | Compulsivo | 51 | 95 | 95 | | | | | 95 | 7 | | |
| 8A | Pasivo-agresivo | 11 | 12 | 12 | | | | | 12 | 8A | | |
| 8B | Autoderrotista | 20 | 71 | 71 | 71 | | | | 71 | 8B | | |
| Patología severa de personalidad | | | | | | | | | | | | |
| S | Esquizotípico | 28 | 66 | 66 | 66 | 67 | 71 | 69 | 69 | S | | |
| C | Borderline | 16 | 41 | 41 | 41 | 42 | 46 | 40 | 40 | C | | |
| P | Paranoide | 24 | 67 | 67 | | | 69 | 62 | 62 | P | | |
| Síndromes clínicos | | | | | | | | | | | | |
| A | Ansiedad | 25 | 87 | 87 | | 88 | 103 | 96 | 96 | A | | |
| H | Somatoformo | 18 | 60 | 60 | | 61 | 74 | 69 | 69 | H | | |
| N | Bipolar | 4 | 5 | 5 | | | | | 5 | N | | |
| D | Distimia | 20 | 37 | 37 | | 38 | 53 | 48 | 48 | D | | |
| B | Dependencia de alcohol | 18 | 49 | 49 | | | | | 49 | B | | |
| T | Dependencia de drogas | 9 | 12 | 12 | | | | | 12 | T | | |
| Síndromes severos | | | | | | | | | | | | |
| SS | Desorden del pensamiento | 17 | 60 | 60 | | | | 60 | 60 | SS | | |
| CC | Depresión mayor | 9 | 52 | 52 | | | | 52 | 52 | CC | | |
| PP | Desorden delusional | 9 | 60 | 60 | | | | 60 | 60 | PP | | |
| | | | | | | | | | Indicador elevado | >=85 | | |
| | | | | | | | | | Indicador moderado | 75-84 | | |
| | | | | | | | | | Indicador sugestivo | 60-74 | | |
| | | | | | | | | | Indicador bajo | 35-59 | | |
| | | | | | | | | | Indicador nulo | 0-34 | | |

Anexo D

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
|---|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 2 Acalorado. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 4 Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 5 Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 8 Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 9 Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 12 Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 13 Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 14 Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 15 Con sensación de ahogo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 18 Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Con desvanecimientos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Con rubor facial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 Con sudores, fríos o calientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

Puntaje total → 52

Categoría → **Ansiedad Severa**

Anexo E

Inventario de Pensamientos Automáticos

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrarás una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos, siguiendo la escala que se te presenta a continuación:

| Nunca pienso en eso | Algunas veces lo pienso | Bastantes veces lo pienso | Con mucha frecuencia lo pienso |
|---------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

| ITEMS | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan. | | | | X |
| 2. Solamente me pasan cosas malas | | X | | |
| 3. Todo lo que hago me sale mal | | X | | |
| 4. Sé que piensan mal de mí | | X | | |
| 5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave? | | X | | |
| 6. Soy inferior a la gente en casi todo | X | | | |
| 7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor | X | | | |
| 8. ¡No hay derecho a que me traten así! | X | | | |
| 9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental | | | X | |
| 10. Mis problemas dependen de los que me rodean | X | | | |
| 11. Soy un desastre como persona | X | | | |
| 12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa | | X | | |
| 13. Debería de estar bien y no tener estos problemas | | | | X |
| 14. Sé que tengo la razón y no me entienden | X | | | |
| 15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa | | X | | |
| 16. Es horrible que me pase esto | | | | X |
| 17. Mi vida es un continuo fracaso | | X | | |
| 18. Siempre tendré este problema | | | | X |
| 19. Sé que me están mintiendo y engañando | X | | | |
| 20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza? | | | | X |
| 21. Soy superior a la gente en casi todo | X | | | |
| 22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean | | X | | |
| 23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así | | X | | |
| 24. Me siento culpable y es porque he hecho algo malo | X | | | |
| 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas | | X | | |
| 26. Alguien que conozco es un imbécil | | | X | |
| 27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa | X | | | |
| 28. No debería de cometer estos errores | | | X | |
| 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto | X | | | |
| 30. Ya vendrán mejores tiempos | | X | | |
| 31. Es insoportable no puedo aguantar más | | | | X |
| 32. Soy incompetente e inútil | X | | | |
| 33. Nunca podré salir de esta situación | | | | X |
| 34. Quieren hacerme daño | X | | | |
| 35. Y, ¿si les pasa algo malo a las personas que quiero? | | X | | |
| 36. La gente hace las cosas mejor que yo | | X | | |
| 37. Soy una víctima de mis circunstancias | X | | | |
| 38. No me tratan como deberían hacerlo y me lo merezco | X | | | |
| 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo | | | | X |
| 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas | X | | | |
| 41. Soy un neurótico | | | | X |
| 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco | X | | | |
| 43. Debería recibir más atención y cariño de otros | | X | | |
| 44. Tengo razón y voy a hacer lo que me da la gana | X | | | |
| 45. Tarde o temprano irán las cosas mejor | | X | | |

POST TEST

Anexo F

Test de matrices progresivas de Raven

| | | | |
|------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| NOMBRE: | TOÑO | EDAD CRON.: | 45 |
| NIVEL ACADÉMICO: | SUPERIOR | FECHA: | 15/10/2022 |

| CAPTURA DE RESPUESTAS | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|
| SERIE A | | SERIE B | | SERIE C | | SERIE D | | SERIE E | |
| A1 | 4 | B1 | 2 | C1 | 8 | D1 | 3 | E1 | 7 |
| A2 | 5 | B2 | 6 | C2 | 2 | D2 | 4 | E2 | 6 |
| A3 | 1 | B3 | 1 | C3 | 3 | D3 | 3 | E3 | 8 |
| A4 | 2 | B4 | 2 | C4 | 8 | D4 | 7 | E4 | 2 |
| A5 | 6 | B5 | 1 | C5 | 7 | D5 | 8 | E5 | 1 |
| A6 | 3 | B6 | 3 | C6 | 2 | D6 | 6 | E6 | 5 |
| A7 | 6 | B7 | 5 | C7 | 5 | D7 | 5 | E7 | 1 |
| A8 | 2 | B8 | 6 | C8 | 1 | D8 | 4 | E8 | 5 |
| A9 | 1 | B9 | 4 | C9 | 7 | D9 | 1 | E9 | 3 |
| A10 | 3 | B10 | 3 | C10 | 6 | D10 | 2 | E10 | 2 |
| A11 | 4 | B11 | 4 | C11 | 1 | D11 | 5 | E11 | 3 |
| A12 | 5 | B12 | 5 | C12 | 2 | D12 | 6 | E12 | 5 |

| | | | | |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| SUMAS PARCIALES | | | | |
| 12 | 12 | 11 | 12 | 10 |

| | | | |
|----------------------|------------------|--------------|-------------------------------|
| PUNTAJE TOTAL | PERCENTIL | RANGO | DIAGNÓSTICO |
| 57 | 90 | III | SUPERIOR TÉRMINO MEDIO |

Anexo G

Inventario clínico multiaxial Millon II

| Escala de Validez | | | | | | | | | PUNTAJE FINAL | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------|----|----------|------|---------|----|------|---------------|----------|----|-----------|
| V | Validez | 0 | = | Válido | | | | | | | | |
| X | Sinceridad | 273 | = | Válido | | | | | 40 | X | | |
| Y | Deseabilidad Social | 9 | = | | | | | | 41 | Y | | |
| Z | Autodescalificación | 5 | = | | | | | | 37 | Z | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Patrones clínicos de personalidad | | PUNTAJE Bruto | BR | FACTOR X | X1/2 | AJUSTES | | | PUNTAJE FINAL | | | |
| | | | | | | DA | DD | DC-1 | DC-2 | Pac. | | |
| 1 | Esquizoide | 23 | 69 | 69 | | | | | | | 69 | 1 |
| 2 | Evitativo | 20 | 72 | 72 | 72 | | | | | | 72 | 2 |
| 3 | Dependiente | 30 | 71 | 71 | | | | | | | 71 | 3 |
| 4 | Histriónico | 16 | 31 | 31 | | | | | | | 31 | 4 |
| 5 | Narcisista | 16 | 3 | 3 | | | | | | | 3 | 5 |
| 6A | Antisocial | 18 | 52 | 52 | | | | | | | 52 | 6A |
| 6B | Agresivo-sádico | 17 | 35 | 35 | | | | | | | 35 | 6B |
| 7 | Compulsivo | 38 | 68 | 68 | | | | | | | 68 | 7 |
| 8A | Pasivo-agresivo | 15 | 32 | 32 | | | | | | | 32 | 8A |
| 8B | Autoderrotista | 13 | 52 | 52 | 52 | | | | | | 52 | 8B |
| | | | | | | | | | | | | |
| Patología severa de personalidad | | | | | | | | | | | | |
| S | Esquizotípico | 15 | 48 | | 48 | | 48 | 48 | 46 | | 46 | S |
| C | Borderline | 12 | 37 | | 37 | 37 | 37 | 37 | 31 | | 31 | C |
| P | Paranoide | 19 | 67 | | 67 | | | 67 | 60 | | 60 | P |
| | | | | | | | | | | | | |
| Síndromes clínicos | | | | | | | | | | | | |
| A | Ansiedad | 11 | 40 | 40 | | | 40 | 40 | 33 | | 33 | A |
| H | Somatoformo | 13 | 57 | 57 | | | 57 | 57 | 52 | | 52 | H |
| N | Bipolar | 8 | 15 | 15 | | | | | | | 15 | N |
| D | Distimia | 16 | 29 | 29 | | | 29 | 29 | 24 | | 24 | D |
| B | Dependencia de alcohol | 14 | 39 | 39 | | | | | | | 39 | B |
| T | Dependencia de drogas | 12 | 25 | 25 | | | | | | | 25 | T |
| | | | | | | | | | | | | |
| Síndromes severos | | | | | | | | | | | | |
| SS | Desorden del pensamiento | 10 | 60 | | 60 | | | | | 60 | 60 | SS |
| CC | Depresión mayor | 9 | 52 | | 52 | | | | | 52 | 52 | CC |
| PP | Desorden delusional | 8 | 55 | | 55 | | | | | 55 | 55 | PP |

Anexo H

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1 Torpe o entumecido. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Acalorado. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Con temblor en las piernas. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Mareado, o que se le va la cabeza. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Inestable. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Atemorizado o asustado. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Nervioso. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 Con temblores en las manos. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Con sensación de ahogo. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Con temor a morir. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Con miedo. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Con desvanecimientos. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Con rubor facial. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 Con sudores, frios o calientes. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Puntaje = 13
 Ansiedad muy baja

Anexo I

Inventario de pensamientos automáticos (IPA)

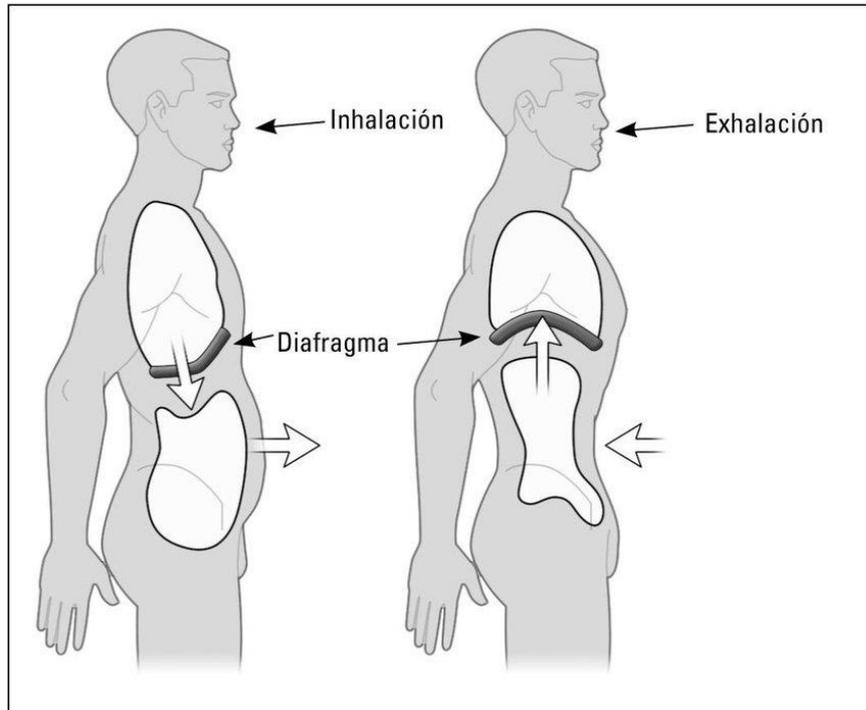
Inventario de pensamientos automáticos (IPA)

| ITEMS | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan. | | X | | |
| 2. Solamente me pasan cosas malas | X | | | |
| 3. Todo lo que hago me sale mal | X | | | |
| 4. Sé que piensan mal de mí | X | | | |
| 5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave? | | X | | |
| 6. Soy inferior a la gente en casi todo | X | | | |
| 7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor | X | | | |
| 8. ¡No hay derecho a que me traten así! | | X | | |
| 9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental | X | | | |
| 10. Mis problemas dependen de los que me rodean | X | | | |
| 11. Soy un desastre como persona | X | | | |
| 12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa | X | | | |
| 13. Debería de estar bien y no tener estos problemas | X | | | |
| 14. Sé que tengo la razón y no me entienden | X | | | |
| 15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa | | X | | |
| 16. Es horrible que me pase esto | | X | | |
| 17. Mi vida es un continuo fracaso | X | | | |
| 18. Siempre tendré este problema | X | | | |
| 19. Sé que me están mintiendo y engañando | X | | | |
| 20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza? | | X | | |
| 21. Soy superior a la gente en casi todo | X | | | |
| 22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean | X | | | |
| 23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así | X | | | |
| 24. Me siento culpable y es porque he hecho algo malo | X | | | |
| 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas | X | | | |
| 26. Alguien que conozco es un imbécil | X | | | |
| 27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa. | X | | | |
| 28. No debería de cometer estos errores | X | | | |
| 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto | X | | | |
| 30. Ya vendrán mejores tiempos | | X | | |
| 31. Es insoportable no puedo aguantar más. | X | | | |
| 32. Soy incompetente e inútil | X | | | |
| 33. Nunca podré salir de esta situación | X | | | |
| 34. Quieren hacerme daño | X | | | |
| 35. Y, ¿si les pasa algo malo a las personas que quiero? | | X | | |
| 36. La gente hace las cosas mejor que yo | X | | | |
| 37. Soy una víctima de mis circunstancias | X | | | |
| 38. No me tratan como deberían hacerlo y me lo merezco | X | | | |
| 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo | X | | | |
| 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas | X | | | |
| 41. Soy un neurótico | X | | | |
| 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco | X | | | |
| 43. Debería recibir más atención y cariño de otros | X | | | |
| 44. Tengo razón y voy a hacer lo que me da la gana | X | | | |
| 45. Tarde o temprano irán las cosas mejor | | X | | |

Anexo J

Fuente: Las imágenes han sido obtenidas a través de la página web: “Respira, técnicas de respiración” (<https://tecnicasderespiracion.com/respiracion-diafragmatica/>)

Respiración diafragmática



Anexo K

Fuente: Las imágenes han sido obtenidas a través de la página web “Psicología-Online” (<https://www.psicologia-online.com/metodo-jacobson-de-relajacion-progresiva-21.html>)

Técnica de relajación progresiva de Jacobson

