



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TERAPIA COGNITIVA EN UN
TRASTORNO DE PÁNICO**

**PRESENTADA POR
BRUNO FERNANDEZ VALDIVIA**

**ASESORA
GLADYS TORANZO PERÉZ**

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

LIMA – PERÚ

2018



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 DE PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TERAPIA COGNITIVA EN UN
TRASTORNO DE PÁNICO

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

BRUNO FERNANDEZ VALDIVIA

ASESOR:

MAG. GLADYS TORANZO PERÉZ

LIMA – PERÚ

2018

A mis padres, por darme la única oportunidad
que realmente vale la pena: la vida.

Agradecimientos

En primer lugar a Dios, ha sido un largo proceso y desfallecer nunca fue una opción, aunque pasó por mi mente, de ahí mis fuerzas para seguir adelante “Aunque el sol no salga, aunque azoten los vientos”.

En segundo lugar, a la Mag. Gladys Toranzo Pérez, quien asesoró dicho estudio de caso. A las profesoras Edith Romero, Amparo Carillo y Magaly Mesías. No solo por corregirme con miras de excelencia sino por el incesante deseo de hacer de mí un profesional respetable del cual la psicología pueda depender y nutrirse.

Por otro lado tanto a mi alma mater, San Martín de Porres, como al Hospital Víctor Larco Herrera, donde realicé mis prácticas pre-profesionales. Dos instituciones donde el conocimiento y amor por la psicología no cesa ni descansa; entidades altamente influyentes en mi vocación a la psicología clínica y al tratamiento de los trastornos mentales, donde pude aprender una profesión no solamente científica sino, sobre todo, completamente humana.

También a Lelia Monteghirfo, Noelia Cervantes, Carla Venero, Daniela Huarcaya y Daniela Rivera. Aunque en especialidades distintas, nos unía un fuerte amor por la psicología y una amistad aún más fuerte. Su esfuerzo individual en cada una de sus áreas y nuestras pláticas lograron animarme a no rendirme en un proceso, aunque bello, arduo como lo es el tratamiento del ser humano. A Belen Yacsahuanga y D’Yanire Torres, fieles compañeras, amigas y colegas, quienes no solo incitaron, sin dudar en corregirme, a siempre esforzarme más en este caso, aunque no exclusivamente, con sus consejos y propio saber; sino que compartimos la misma o, cuanto menos, similar experiencia de vida en el arduo día a día en el Hospital Víctor Larco Herrera. Finalmente, a Andrés Castañeda, Luis Armando Reátegui,

Diego Ampuero, Roberto Vílchez y Sergio Fernández por una preocupación fraternal en terminar este escrito y superarme profesionalmente.

Índice

PORTADA

DEDICATORIA.....ii

AGRADECIMIENTO.....iii

INTRODUCCIÓN.....vi

I. MARCO TEÓRICO.....8

II. PRESENTACIÓN DEL CASO.....29

2.1 Datos de filiación.....29

2.2 Motivo de Consulta.....29

2.3 Procedimiento de Evaluación.....30

2.3.1 Entrevista y Observación.....30

2.3.2 Historia Personal.....30

2.3.3 Examen Mental.....34

2.3.4 Pruebas Psicológicas.....35

2.4 Informe Psicológico.....36

2.5 Identificación del Problema.....40

III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.....42

3.1 Especificación de los objetivos de tratamiento.....42

3.1.1 Objetivo General.....	42
3.1.2 Objetivos Especificos.....	42
3.2 Diseño de estrategias de tratamiento.....	42
3.3 Aplicación del tratamiento.....	45
IV. RESULTADOS.....	208
V. RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	211
REFERENCIAS.....	214
ANEXOS	

Introducción

El presente estudio de caso tiene como objetivo el registro del proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con trastorno de pánico.

El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que aqueja a la población indistintamente al sexo o edad y es caracterizado por una percepción catastrófica de sensaciones corporales, acompañado de la creencia de sufrir un mal adverso como la locura o la muerte (American Psychiatric Association (APA), 2002; Beck, A. & Clark, 2012).

Por otro lado la terapia cognitiva es un enfoque psicoterapéutico que ha demostrado su eficacia, siendo una de las terapias más efectivas actualmente. Se caracteriza por buscar el cambio en la cognición mediante la demostración empírica de las creencias distorsionadas que sustentan los trastornos mentales. (Beck, A. & Clark, 2012; Beck, J., 2008; Salgado, 2001).

Con el fin de brindar un tratamiento efectivo y medible se utilizó un plan de tratamiento basado en las investigaciones de Beck A. y Clark (2012) así como de Caballo (2007), sin olvidar la flexibilidad y el énfasis en la personalización de la terapia (Beck, J., 2008).

El tratamiento está compuesto por 14 sesiones de tratamiento y 3 sesiones de seguimiento lo largo de un mes, dos meses y seis meses respectivamente. Comprende como objetivo general brindar mecanismos de afronte y reducción de ansiedad racionales. Este objetivo se logró mediante los siguientes objetivos específicos: psicoeducar al paciente en el modelo cognitivo-conductual del trastorno de pánico; establecer la relación entre cognición, emoción y conducta; reducir el nivel de ansiedad mediante la técnica de relajación; reestructurar las creencias irracionales con respecto a los estímulos que mantienen la ansiedad y facilitar la toma de decisiones frente a la posibilidad futura de una recaída con la técnica de Solución de Problemas.

Dentro de los resultados se pudo observar una reducción de la ansiedad considerable, lo cual permitió al paciente a desarrollar nuevamente sus actividades cotidianas. Así mismo dejó de ingerir ansiolíticos y se mostró más motivado a tomar el transporte público. A lo largo de las sesiones de seguimiento se observó un episodio de ansiedad a un nivel manejable que el paciente pudo hacer frente con las técnicas aprendidas durante el proceso terapéutico.

I. Marco Teórico

Dentro de la historia del tratamiento psicológico de los trastornos mentales, se han presentado a lo largo de los años, diversas formas de abordaje psicoterapéutico, dentro de la cual se incluye el enfoque cognitivo-conductual. Este enfoque ha sido considerado desde una extensión de la terapia conductual hasta un enfoque que marca un antes y un después dentro de la psicología aplicada (Frazini & Tilker, 1972, como se citó en Salgado, 2001).

Mahoney (1977), como se citó en Salgado (2001), habla de este enfoque como una especie de revolución cognitiva y la separa de la terapia conductual en tanto se enfoca en las cogniciones que conllevan a realizar, o no, las acciones; y posteriormente va a aclarar que todas las terapias son, en mayor o menor medida, cognitivas ya que en cualquier intervención median los procesos internos de las personas.

Las terapias cognitivas-conductuales tienen su base en las filosofías occidentales y orientales, aunque, principalmente en el estoicismo. Esta corriente filosófica, fundada por Zenón de Citio, buscaba la liberación de las pasiones y los objetos mediante el dominio del alma. Esto puede evidenciarse en el ya conocido libro de Epicteto, el *Enchiridion*. Donde postula que las perturbaciones del ser humano no se deben a las cosas sino, más bien, a las interpretaciones que de estas hacemos. Así mismo el taoísmo y el budismo aportan el énfasis en el control de las emociones humanas, dando a entender que estas son originadas y controladas por las ideas humanas (Salgado, 2001).

Otro factor innegable, dentro del cual el enfoque cognitivo-conductual se nutre, es en la investigación y aplicación previa de la modificación de conducta. Los principios básicos del conductismo clásico, operante y aprendizaje observacional, son utilizados ampliamente en las terapias cognitivas-conductuales. Sin embargo no cumplen los mismos criterios: mientras los conductistas buscan la resolución del problema mediante la modificación del comportamiento,

los cognitivos-conductuales buscan las cogniciones que podrían estar manteniendo dichas conductas disfuncionales (Labrador, Cruzado & Muñoz, 1997).

Mahoney (1978), como se citó en Becoña y Oblitas (1997), propone una clasificación general de las terapias cognitivas conductuales y las divide en tres grandes grupos: las terapias de reestructuración cognitiva, las terapias de habilidades de afrontamiento para el manejo de situaciones y las terapias de solución de problemas. Además Becoña y Oblitas (1997), citando a Kazdin (1983), complementarán que dada la diversidad de modalidades en el enfoque, sería más beneficioso incluir a toda terapia que tome en cuenta y trabaje con los fenómenos privados e internos del individuo.

De igual forma Mahoney (1977), como se citó en Becoña y Oblitas (1997), propone características generales que se evidencian en la mayoría de las terapias cognitivo-conductuales. La primera hace referencia a que los organismos responden a las representaciones del medio y no específicamente a los estímulos. En segundo lugar se postula que las representaciones mentales se relacionan estrechamente con el aprendizaje. El tercer principio refiere que el aprendizaje se comunica por medios cognitivos. Finalmente el cuarto principio enfatiza en que los pensamientos, sentimientos y conductas están interrelacionados e interactúan entre sí.

Además, Labrador et al. (1997) proponen características que se encuentran inmersas en la mayoría de las terapias cognitivas-conductuales. Estos autores acotan que los cambios conductuales logrados en este tipo de terapia son mediados por actividades cognitivas. Así mismo, se evidencia un determinismo recíproco, es decir, el hecho de alterar un componente de la relación entre pensamiento, emoción y conducta hace que los demás elementos sean alterados de igual forma. También refieren que estas terapias se basan en una relación

terapéutica colaborativa y manipulan el ambiente para que el paciente sea capaz de revalorar las ideas que mantienen el problema que lo aqueja.

Dentro de las terapias basadas en la reestructuración cognitiva, se encuentra la terapia cognitiva de Beck. La terapia cognitiva surge a principios de 1956, cuando Aaron Beck se propone a comprobar conceptos psicodinámicos en la depresión de una manera científica. Este inicio le llevó a desarrollar lo que actualmente conocemos como terapia cognitiva de Beck (Beck, A., Rush, Shaw & Emery, 1983).

Beck define la terapia cognitiva como un “procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas” (Beck, A. et al., 1983, p13).

Esta terapia tiene características bien delimitadas. Una de ellas es que existe un empirismo colaborativo y una participación activa entre el paciente y el terapeuta. El método de tratamiento no se enfoca en problemas pasados o inconscientes sino en problemas situados en el presente y busca que el paciente sea su propio terapeuta al dotarlo de técnicas y estrategias para afrontar sus problemas. Por otro lado es significativamente más rápida que otro tipo de terapias ya que el promedio es de 15 a 20 sesiones (Beck, A. et al., 1983; Beck, J., 2008).

Esta terapia, desde sus inicios, se basaba en tres conceptos básicos. El primero es la triada cognitiva, que consiste en cómo la persona se ve así mismo, a sus experiencias del medio y el futuro. Los esquemas son el segundo concepto básico de la terapia cognitiva y están compuestos por todos los patrones cognitivos aparentemente estables en el tiempo que actúan como base para la interpretación de los acontecimientos del día a día. El tercer concepto son los errores cognitivos que son provocados por un mal análisis de los acontecimientos externos e internos, es decir a fallas en el procesamiento de la información. Anteriormente solo estos elementos permitían dar un vistazo al estado cognitivo del paciente, sin embargo, a medida que

se fue reformulando la terapia, se expandieron los conceptos utilizados para la reestructuración cognitiva (Beck, A. et al., 1983; Beck, A. & Clark, 2012).

Dentro de los errores cognitivos o distorsiones cognitivas originalmente, se propusieron 6: la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico. No obstante, posteriores revisiones, así como aportes de otros autores, lograron que en la actualidad se tenga un promedio de 15 distorsiones cognitivas distintas y que se ajustan a las problemáticas de los clientes (Beck, A. et al., 1983; Beck, A. & Clark, 2012; Beck, J., 2008; Mckay, Davis & Fanning, 1985).

Otro concepto fundamental del modelo cognitivo es la organización cognitiva, dividida en tres: pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares. Los pensamientos automáticos son cogniciones o imágenes que resultan de las creencias intermedias y nucleares, activados por las percepciones de los individuos ante estímulos internos o externos. No obstante, son más accesibles a la consciencia pero solo muestran de manera superficial las creencias del paciente. Por otro lado están las creencias intermedias, estas conllevan cogniciones más profundas que los pensamientos automáticos y exponen las reglas, actitudes y supuestos por el cual el paciente rige su vida. Finalmente se encuentran las creencias nucleares. Tienen una connotación similar al término esquemas propuesto por Beck A. et al. (1983), es la cognición más profunda del paciente y es el matiz por el cual el paciente ha aprendido a ver la vida. Las creencias nucleares muchas veces datan de tiempos tempranos de la vida del individuo y de ser así, su reestructuración conlleva a una intervención terapéutica más exhaustiva (Beck J., 2008).

Por su parte, Becoña y Oblitas (1997), citando a Marzellier (1980) explican que las cogniciones son representaciones, verbalizadas o compuestas por imágenes, que ocurren dentro de la consciencia y son susceptibles a ser identificadas. Así mismo, enfatizan en que estas

cogniciones son registradas o alteradas por medio de la precisión de los procesos de la percepción y por las características únicas de la estructura cognitiva de individuo.

Aunque la terapia cognitiva ha comprobado ampliamente su eficacia en los trastornos depresivos (Beck, A. et al., 1983; Beck, J., 2008) dentro de la población estadounidense, también ha demostrado efectividad dentro de otras realidades donde la idiosincrasia de cada país juega un papel determinante en el éxito de la terapia (Romero, 2006; Antón, García, P. & García, J., 2016).

Por otro lado, a medida que la sociedad fue avanzando, la terapia cognitiva se vio en la necesidad de ampliar el campo de intervención terapéutica, más concretamente en los trastornos de ansiedad donde el porcentaje de casos se vio incrementado de manera alarmante (Beck, A. & Clark, 2012; Beck, J., 2008). Así mismo, los resultados favorables de los trastornos de ansiedad por medio de la terapia cognitiva, se han reflejados en reiteradas ocasiones (Báguena, 2001; Botella, 2001; Beck, A. & Clark, 2012; Capafons, 2001).

La ansiedad es una condición afectiva inherente al ser humano, es decir, todas las personas, pacientes o no, refieren su vivencia en distintas situaciones y a lo largo de su vida (Beck, A. & Clark, 2012). Sin embargo, es imperioso responder a la inquietud de cuál sería la diferencia de la ansiedad percibida por las personas no clínicas y aquellos padecen un trastorno de la ansiedad.

Barlow, en el 2002, comenta que la ansiedad es una emoción que tiende a establecerse con miras al futuro y que frecuentemente se debe a una percepción de amenaza potencial por un inadecuado estilo de afrontamiento. No obstante, acota que el uso tan coloquial de la palabra, así como de sus sinónimos, ha generado una confusión al momento del diagnóstico, tratamiento e investigación.

Así mismo, Consuegra en el 2010, hace mención a que la ansiedad, desde un aspecto netamente patológico, viene a ser una respuesta que se da ante una percepción de impotencia ante una situación y que se caracteriza por la tensión física así como por su activación fisiológica elevada.

Sin embargo, Freeman, Felgoise, Nezu, C., Nezu, A. y Reinecke (2005), citan a Meadows y Butcher para dar un enfoque más adaptativo a la definición de ansiedad; siendo la ansiedad una emoción primaria y evolutiva experimentada por todos los seres humanos. La cual, en niveles adecuados, promueve a realizar tareas y tomar decisiones de una manera más eficiente. Pero que, en cantidades muy elevadas o muy bajas, perjudica el accionar y la toma de decisiones, así como una evaluación exagerada del peligro.

Así mismo, Beck A. y Clark (2012) definen la ansiedad dentro de una aproximación más cognitiva, lo que permite su uso dentro del tratamiento cognitivo de la ansiedad. Con base en esto, la ansiedad sería un sistema elaborado por respuestas tanto conductuales y fisiológicas como por respuestas afectivas y cognitivas ante eventos que pueden ser percibidos como potencialmente aversivos y donde el individuo evalúa su capacidad de afronte ante este para proteger sus propios intereses.

Tomando dichas definiciones en cuenta, se puede afirmar que la ansiedad es una emoción primaria, que ayuda en la supervivencia del individuo, permite la toma de decisiones y acciones ante sucesos de la vida que podrían interferir con nuestros propios intereses; y que para esto respondemos a un nivel conductual, cognitivo, fisiológico y emocional.

Teniendo una idea más clara de la ansiedad cabe, entonces, diferenciar una ansiedad, por así decirlo, sana de una patológica, aquella que precede y mantiene los trastornos de ansiedad. Esto no solo permite un mejor diagnóstico, sino, un mejor tratamiento que se

traduciría en un menor impacto económico al paciente y a los servicios de salud (Barlow 2002; Beck, A. & Clark, 2012).

Para sumar a esta aclaración Sierra, Ortega, y Zubeidat (2003), citando a Vila (1984) especifican que la ansiedad es adaptativa en tanto permite el funcionamiento de la persona en la sociedad y, a estos niveles, es hasta deseable para la vida de una persona promedio. Caso contrario es con la ansiedad patológica la cual conlleva manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales más manifiestas y exacerbadas que incapacitan a la persona en una respuesta de adaptación interna o externa antes su medio ambiente.

De igual manera, Beck A. y Clark (2012) proponen cinco criterios para discernir cuando la ansiedad es adaptativa o patológica, estos criterios incluyen términos propios de la terapia como cogniciones disfuncionales, deterioro en el funcionamiento, persistencia, falsas alarmas e hipersensibilidad a los estímulos. Acotan que no necesariamente deben estar presentes los cinco puntos previamente mencionados para dictaminar si la ansiedad es patológica.

Habiendo establecido estas diferencias se puede ahondar en las características clínicas del trastorno de pánico. Este trastorno puede definirse como una experimentación de miedo intenso sumado a una activación fisiológica temporal que surge de manera repentina y espontánea que, dentro de la teoría cognitiva, toma en cuenta la interpretación errónea de las sensaciones corpóreas (Barlow, 2002).

De igual forma, la APA (2002), en el MANUAL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MENTALES (DSM-IV-TR), define al trastorno de pánico como un cuadro en el cual se experimenta un intenso miedo y malestar fisiológico donde los síntomas aparecen de forma inesperada y que suele alcanzar una mayor manifestación durante los 10 primeros minutos. Si bien se propone una estimada duración de 5 a 20 minutos promedio de una crisis de angustia, se ha observado que el nivel de ansiedad durante el episodio puede

permanecer constante en el paciente aun cuando este ya ha cesado (Rachamn, 2004, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

La APA (2002) establece que para su diagnóstico deben estar presentes al menos cuatro o más de los síntomas listados dentro del DSM-IV-TR. Teniendo en cuenta síntomas y signos tales como: palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblores, sensaciones de ahogo, malestar torácico, miedo a fallecer o volverse loco, desrealización, nauseas, mareos y sensaciones de atragantarse.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1992, propuso que, a diferencia de los síntomas consignados por el DSM-IV-TR, debe presentarse, en reiteradas ocasiones, los ataques de pánico, sobre todo en manifestaciones vegetativas, durante el periodo de un mes, en ausencia de circunstancias de peligro real, sean o no desconocidas por el individuo y tener un menor estado de ansiedad entre episodios.

En lo que respecta a la evaluación del trastorno de pánico, y de todo trastorno de índole psicológica, se debe mantener un proceso lógico y estructurado. Se opta por una valoración de qué dato es oportuno recabar del paciente en cuanto a la casusa, tiempo, sintomatología e impacto en la funcionalidad del individuo. Para esto el uso de registros, así como de pruebas psicométricas y datos históricos del paciente, facilitan el discernimiento y disminuyen la probabilidad de un diagnóstico erróneo. (Bernstein & Nietzel, 1982; Beck, A & Clark, 2012).

Aportando a lo ya mencionado, Beck A. y Clark (2012) reúnen características similares del trastorno de pánico dentro de su revisión bibliográfica que pueden esclarecer y guiar la evaluación y tratamiento del trastorno de pánico. Se concluyó que presentan ocho características comunes: desencadenantes situacionales, activación fisiológica aguda, hipervigilancia hacia las sensaciones corporales, catástrofes percibidas, aprensión y miedo a

las futuras crisis de pánico, excesiva búsqueda de seguridad, falta de control percibido y una diferencia cualitativa a la ansiedad.

Haciendo alusión a la primera característica, desencadenantes situacionales, y contrario a los manuales diagnósticos, los casos dentro del campo terapéutico difieren en cuanto a cuál es el nivel de asociación estimular real. Por ejemplo, se ha podido comprobar que la mayoría de ataques de pánico están relacionados a una situación en específico y, por ende, tienen cierto nivel de anticipación. Esta discrepancia permite ahondar en el cuadro y lograr una mejor comprensión del trastorno y reeducación en la terapia (Rachman, 2004, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

En cuanto a la activación fisiológica aguda, se entiende como una mayor tendencia a manifestar síntomas vegetativos ante situaciones ansiógenas; y aunque los manuales diagnósticos (APA, 2002; OMS, 1992) apunten que es una característica determinante en el trastorno; Taylor (2000), como se citó en Beck, A. y Clark (2012), sugiere que no es exclusivo de las personas con trastornos de ansiedad ya que no encuentra una hiperactividad fisiológica mayor que la de las muestras no clínicas en investigaciones controladas.

Otra característica importante es la hipervigilancia de las sensaciones corpóreas. Esto postula que el paciente con trastorno de pánico parece estar más atento, a un nivel desadaptativo, en los cambios diversos que experimenta su cuerpo, tanto internos como externos. Sin embargo sería erróneo afirmar que esta distinción los hace más precisos en la medición de sus funciones vitales (McNally, 1999, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012). Acorde a lo anteriormente mencionado, se afirma que un síntoma primordial, y base del tratamiento según su modelo, era la tendencia de los pacientes con trastorno de pánico a determinar sus sensaciones corporales como peligros inminentes, ya sea por miedo a morir, volverse loco o perder el control (Beck, A. & Clark, 2012).

Además los pacientes con trastorno de pánico presentan una aprensión a las futuras crisis que pudieran experimentar. Es decir la experiencia es para ellos tan aversiva que desarrollan rápidamente una repulsión hacia el sufrimiento de nuevas crisis. Entonces se puede observar que muchas veces, más que a la realización de la catástrofe temida, temen más a volver a sufrir un ataque de angustia (Beck, A. & Clark, 2012). Es por ello que la APA (2002) usa ese distintivo en su manual diagnóstico para diferenciar este cuadro de otros trastornos de ansiedad donde, aunque hay ataques de pánico, no desarrollan un miedo acusado a dichos episodios.

Así mismo los pacientes con dicho trastorno suelen mantener una búsqueda de seguridad y evitación excesivas. Este modo de afrontamiento suele ser el estilo normal de una búsqueda de equilibrio y de evitar el desastre inminente. No obstante, se ha comprobado que alrededor del 98% de los pacientes con el trastorno presentan evitación excesiva a las situaciones específicas, mientras que el 90% usa conductas de seguridad para evitar la experiencia y el 80% evita las acciones que podrían desencadenar sensaciones asociadas a las sufridas en las crisis de angustia (White et al., 2006, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

Por otro lado, el trastorno de pánico suele mantenerse debido a que el paciente se percibe a sí mismo como impotente en el control de su propia ansiedad (Beck J., 2005, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012). Esta experiencia interpretada de manera aversiva de perder el control sobre las emociones hace que la persona se mantenga hipervigilante en las sensaciones corporales y disminuya su capacidad de reinterpretación real de la situación (Barlow, 2002).

Por su parte McNally (1994) refiere que la angustia no debería confundirse ni asemejarse con un nivel elevado de ansiedad, o sea patológico, sino que debería ser definido como una “respuesta inmediata de lucha o huida ante el peligro inminente percibido” (como se

citó en Beck, A. & Clark, 2012, p.462). Estos autores concuerdan con él en cuanto el trastorno de pánico, dentro de la teoría cognitiva de la ansiedad, se enmarca principalmente dentro de la primera fase mientras que el mantenimiento del trastorno correspondería a la segunda fase.

Sin embargo hay que tener en cuenta qué trastornos pueden asemejarse y desviar el diagnóstico del trastorno de pánico. En primer lugar se busca el descarte médico de cualquier enfermedad orgánica o efectos de sustancias que puedan causar síntomas similares a los experimentados en el trastorno. Así mismo en el trastorno de ansiedad generalizada se pueden presentar ataques de pánico que dificultarían su diagnóstico. No obstante las preocupaciones por diversos temas más que por la anticipación de sufrir otro ataque es lo que suele determinar el diagnóstico. Por otro lado en la fobia, específica y social, puede llegar a presentarse ataques de pánico, aunque de manera situacional y no tan recurrentemente como en un trastorno de pánico y, además, el objeto de la ansiedad son distintos en ambos casos (Caballo, Salazar & Carrobbles, 2011).

También se presenta una situación similar en el estrés post-traumático y el trastorno obsesivo-compulsivo, aunque son restringidos, nuevamente, al trauma u obsesión. Dentro de la hipocondría también pueden haber ataques de pánico, aun así, la mayor diferencia radica en que este trastorno mantiene una activa preocupación en las posibles enfermedades, cualquiera, a partir de diversos estímulos, mientras que el trastorno de pánico suele estar direccionado al temor de volver a sufrir un ataque. Aunque los ataques de pánico puedan verse en distintos trastornos como los ya mencionados, difieren en que se presenta temor a sufrir el ataque de pánico y es, en su mayoría, la única sintomatología presente (Caballo et al., 2011).

Además de las características que diferencian el trastorno de pánico de otros trastornos de ansiedad, el DSM-IV-TR (APA, 2002) identifica 3 variantes. Una de ellas es la crisis espontánea, en la cual el paciente no es capaz de dar una explicación coherente entre la

aparición de los síntomas y los desencadenantes internos o externos, es decir, sus episodios de angustia no se asocian a ningún acontecimiento y, por lo tanto, solo ocurren. Siendo estricto en la condición de que para el diagnóstico requiere al menos dos crisis bajo esta condición.

No obstante Barlow en el 2002, replicaría esta información dando a entender, en su revisión teórica, que por lo menos el 80% de los trastornos de pánico tiene algún tipo de asociación desencadenante, por lo que el criterio del terapeuta deberá ser más riguroso para el diagnóstico.

Esto colindaría con el siguiente tipo propuesto por la APA (2002), la crisis de angustia ante desencadenantes. En este tipo la sintomatología se presenta con una latencia casi inmediata ante estímulos internos o externos y específicos, ya que guardan cierta relación con la aparición del trastorno o una significancia importante para el individuo, lo cual sustenta la sintomatología ansiógena (Beck, A. & Clark, 2012).

Sin embargo, las crisis de pánico no solo ocurren cuando el paciente se encuentra en estado de vigilia. Los episodios nocturnos son también una manifestación frecuente dentro del trastorno de pánico. Suelen ser descritos por los pacientes como un despertar inmediato y que manifiesta una sintomatología similar como si lo hubiesen experimentado de manera consciente desde un inicio, llegando incluso a temer al hecho de dormir. Se diferencia de los trastornos del sueño debido a la similitud, en sintomatología, con los episodios en estados de vigilia y por no haberse presentado con anterioridad al trastorno de pánico (Barlow, 2002).

Por otro lado, el DSM-IV-TR (APA, 2002), aunque establece criterios fijos para el diagnóstico del trastorno de pánico, en uno de sus apartados contempla la crisis de angustia limitada. Como su nombre lo indica es una expresión limitada del episodio, según los criterios, ya que reúne menos de 4, lo que imposibilita su diagnóstico como tal. El perfil del trastorno de pánico suele estar constituido por episodios plenos, es decir, con una mayor manifestación de

sintomatología, y entre estos episodios, los menores, o como se dijo de antemano, crisis limitadas (McNally, 1994, como se citó Beck, A. & Clark, 2012).

Otra condición que es importante a tomar en consideración dentro del trastorno de pánico es si está presente la agorafobia. La APA (2002) la define como una conducta de aversión o evitación de lugares donde el paciente juzgue que será difícil o vergonzoso escapar en el caso de sufrir una crisis de angustia sin poder ser ayudado. Aunque los pacientes con trastorno de pánico suelen desarrollar agorafobia, no siempre se presenta el caso (Katerndahl & Realini, 1997, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

Si bien el uso del término crisis de angustia está asociado a trastornos y condiciones patológicas, los estudios demuestran que al menos un tercio de adultos no clínicos han experimentado una crisis de angustia durante su vida. Sin embargo, presentan intensidades más bajas y se relacionan de manera circunstancial al individuo más que a un trastorno de ansiedad (Norton, Dorward & Cox, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

A parte de lo antes mencionado, los manuales diagnósticos (APA, 2002; OMS, 1992) estiman tres posibles diagnósticos: trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia y agorafobia sin trastorno de angustia. Así mismo se busca especificar si no es debido a factores orgánicos ni a otros trastornos previos.

Dentro de las principales preocupaciones de los pacientes con el trastorno de pánico, está el presentar un deterioro de la salud, ya sea mental o físico. Por ello es comprensible que primordialmente los pacientes acudan a médicos en vez de profesionales de la salud mental (Katerndahl & Realini, 1995, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012). Sin embargo, el trastorno solo se diagnostica al comprobarse que el paciente presenta creencias exageradas sobre la fatalidad de sensaciones corpóreas inocuas (Taylor, 2000, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012). Así mismo, Barlow, en el 2002, comentó que las cardiopatías y otras

enfermedades asociadas al trastorno de pánico se encuentran previas a la aparición del trastorno, por lo que cumple una relación más correlacional que causal.

En cuanto al tratamiento para la terapia se propone la terapia cognitiva de Beck, la cual ha ido actualizándose a lo largo de los años y con el paso de cada revisión teórica. Esta terapia afirma que el pensamiento de la persona afecta directamente sobre la emoción y la conducta. Los pensamientos mantienen la ansiedad en tanto estos no establecen un juicio adecuado de la realidad. Por lo tanto, los pacientes suelen suponer erróneamente que son las situaciones las causantes de su malestar, ya que suelen no percatarse de su flujo de pensamiento que interviene en su respuesta ante los acontecimientos que determinan como amenazantes (Beck, A. & Clark, 2012)

Para poder explicar esta relación entre el pensamiento y la ansiedad, Beck A., Emery y Greenberg (1995), como se citó en Beck, A. y Clark (2012), proponen conceptos entre los cuales se encuentra la vulnerabilidad. Este se refiere a la valoración subjetiva del individuo a ser, en menor o mayor medida, objeto de peligros internos o externos los cuales no podrá enfrentar de manera saludable. Este sesgo se va haciendo evidente en los trastornos de ansiedad donde son capaces de recibir noticias de enfermedades o accidentes que no representan tal temor y activación fisiológica como por un miedo irracional a situaciones convencionalmente inocuas a su integridad humana.

Con base en esto, el modelo cognitivo toma en cuenta los procesos tanto automáticos como los estratégicos dentro de la ansiedad. La teoría cognitiva de la ansiedad se divide en dos momentos que ocurren casi simultáneamente: el modo primal de la amenaza, relacionado al miedo; y la revaloración elaborativa secundaria, relacionado a la ansiedad propiamente dicha. Es imperioso acotar que el primer momento suele ser automático o preconsciente mientras que el segundo momento mantiene un plano consciente y más racional. Además, los autores

establecen que el miedo es una respuesta evolutiva del ser humano a fin de enfrentarse, huir o paralizarse ante el peligro; por lo que intervienen pocos procesos conscientes que, sin embargo, son primordiales para establecer el estado de ansiedad. Los procesos estratégicos son más lentos en su reacción ante la ansiedad, sin embargo, son capaces de mantener el estado de ansiedad mediante sus juicios, razonamiento y memorias que elevan el sesgo de la amenaza en cuestión. Además, dentro de este modelo, se encuentran características que sustentan los tratamientos de la terapia cognitiva (Beck, A. & Clark, 1997, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

La primera característica es la valoración exagerada de la amenaza. Esta es el proceso por el cual se evalúan las señales como posibles amenazas potenciales para los intereses vitales de la persona. Este proceso se deriva de un sistema adaptativo, propio de nuestros ancestros, del peligro por el cual se mide de manera rápida los peligros internos o externos para la supervivencia. Sin embargo este sistema solo debería activarse ante un peligro que atente contra la supervivencia del individuo, es decir, contrario a lo que se observa en los trastornos de ansiedad (Beck, A., 1985, como se citó en Beck, A & Clark, 2012).

Por otro lado se encuentra la percepción de una mayor indefensión respecto a los demás. En una situación amenazante, el individuo evaluará la probabilidad objetiva de afrontamiento midiendo su capacidad y recursos personales. Esta evaluación comprende la segunda fase del modelo de ansiedad y en los trastornos de ansiedad, la autoeficacia del individuo se ve sesgada por lo que suele experimentar grados elevados de ansiedad al sentirse incapaz de afrontar una situación que atente contra sus intereses personales (Beck, A. & Clark, 2012).

Además en los trastornos de ansiedad se presenta un procesamiento pobre en relación a la seguridad. En una ansiedad sesgada no solo la amenaza es percibida desproporcionadamente sino que la otra parte, la búsqueda de seguridad, se encuentra

disminuida, lo que mantiene el sesgo y la ansiedad de manera consciente. Otra consecuencia aversiva a este sesgo en la seguridad es el establecimiento de conductas de seguridad desadaptativas que perpetúan el mantenimiento de la ansiedad al no permitir la comprobación de la inocuidad del peligro temido (Salkovskis, 1996, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

Así mismo en los trastornos de ansiedad, los procesos conscientes de revaloración de la ansiedad se encuentran disminuidos. Esto se debe a la ansiedad intensa experimentada que, en muchas ocasiones, nubla el juicio de los pacientes y los lleva a experimentar emociones y realizar conductas, en su búsqueda por reducir su ansiedad, que mantienen el trastorno. La revaloración consciente permite al individuo hacer una evaluación completa de la amenaza en cuestión, dándole un valor real del grado de impacto en la persona y, en último término, reduciría y permitiría enfrentar la ansiedad (Beck, A. et al., 2005, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

Beck A. y Clark (2012) indican que la ansiedad, por su persistencia, sería un proceso autopropagante. Los pacientes, a medida que lidian con su ansiedad, se vuelven más conscientes de los estímulos asociados por lo que su atención ante estos se vuelve más aguda. También la experiencia misma de la ansiedad tiende a verse como algo aversivo al limitar la ejecución de ciertas conductas, haciéndole creer al paciente que el sentir ansiedad es un estado insoportable que debe ser controlado y eliminado a toda costa.

En el caso del trastorno de pánico, los procesos cognitivos que están implicados en la experimentación de la angustia ocurren en la fase uno del modelo cognitivo, es decir, en primera instancia son automáticos. No obstante, dentro de la fase dos se encuentran las estrategias de afrontamiento ante la situación de angustia que experimenta el paciente. Estas estrategias suelen aumentar la ansiedad en tanto que se toman acciones que no disminuyen la ansiedad (Beck, A. & Clark, 2012).

Por lo tanto, en el trastorno de angustia las sensaciones corpóreas y mentales predisponen mas no causan los ataques de pánico, solo pueden acelerar su probabilidad de ocurrencia. Esto debido a que de por si estos estímulos no causan una reacción en el cuerpo sino que el sistema cognitivo del individuo los interpreta como amenazantes al estar selectivamente consciente de ellos. Sin embargo este proceso es automático ya que aún pertenece a la primera fase del modelo cognitivo de la ansiedad (Beck, A., 1988, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

Teniendo en cuenta estos estímulos que proponen la experiencia de la angustia se da la activación de los esquemas que van a afirmar, de una manera catastrófica, que el peligro es real, obligando al individuo a responder con temor y ansiedad. Estos esquemas son variables e idiosincrásicos y van a depender en gran medida al aprendizaje previo del paciente y la atribución que le dé a los estímulos (Clark, 1977, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

La malinterpretación catastrófica es un papel importante dentro de las crisis de angustia. El individuo teme de manera irracional que pueda morir, volverse loco o perder el control de sí mismo, no obstante, las sensaciones y estímulos de los cuales concluye dichas afirmaciones no tienen una base objetiva sino que provienen de un sesgo automático del primer proceso del modelo cognitivo de la ansiedad (Beck, A. & Clark, 2012).

Seguido a la malinterpretación, dará lugar la intensificación de los estímulos temidos mediante el aumento de consciencia y atención en las sensaciones corpóreas o estímulos externos, cumpliendo así la autoperpetuación de la ansiedad y confirmando el peligro inminente. En ese momento es común observar que el paciente, en estilo de afrontamiento desadaptativo y en muchos casos sin una planificación previa, emprende la huida para escapar del supuesto peligro y aminorar el nivel, insoportable a su juicio, de ansiedad (Beck, A., 1988, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

Así mismo un nivel de ansiedad exagerado obnubila el juicio consciente propio de la segunda fase. Esto impide que el paciente sea capaz de evaluar la realidad objetivamente, lo que resulta en una intensificación de los síntomas y mantiene el trastorno. Esta dificultad en reevaluar la situación de manera objetiva, hace que el paciente desarrolle un temor a experimentar nuevamente una crisis de ansiedad (Beck, A., 1988, como se citó en Beck, A. & Clark, 2012).

Entonces se puede resumir que el paciente, dentro del trastorno de pánico, estará más atento a los estímulos relacionados a los cambios en el cuerpo; también será más coherente en reconocer creencias asociadas a peligros en la salud y mentales a diferencia de quienes no padecen ansiedad patológica. Tenderá a malinterpretar los estímulos para confirmar sus creencias de peligro, experimentará de manera más intensa las sensaciones corporales debido a su hipervigilancia en estas, así como una reducción en el juicio racional y objetivo. Finalmente mostrarán conductas desadaptativas con el fin de encontrar seguridad y disminuir los niveles de ansiedad. (Beck, A. & Clark, 2012).

En la terapia cognitiva para el trastorno de pánico se plantean cinco objetivos principales, relacionados los dos primeros a la primera fase y los demás a la segunda. El primer objetivo es reducir la sensibilidad a los estímulos que provocan las crisis de pánico. El segundo objetivo comprende la reducción de la malinterpretación catastrófica. El tercer punto conlleva a aumentar la capacidad de revalorar las situaciones. El cuarto objetivo se refiere a eliminar las conductas de seguridad que mantienen las creencias disfuncionales relacionadas a la catastrofización y peligros inminentes. El último objetivo se relaciona con el aumento de la tolerancia al malestar causado por la ansiedad para revalorar la sensación de seguridad. Sin embargo, por la individualidad de cada paciente, no se objeta el aumento o modificación de ciertos objetivos con el fin de un tratamiento eficaz (Beck, A. & Clark, 2012; Beck, J., 2008).

Para cumplir dichos objetivos establecidos Beck A. y Clark (2012) proponen instruir en el modelo cognitivo en las primeras sesiones al paciente, teniendo en cuenta términos propios de la explicación cognitiva de la ansiedad a fin de que el paciente se adecúe a esta, asimile y de una explicación racional a su problemática aunque no esté dispuesto a abandonar su razonamiento ilógico desde las primeras sesiones.

Posterior a ello, el siguiente proceder es la inducción de síntomas así como la búsqueda de la activación de los esquemas (Beck, A. & Clark, 2012). Barlow (2002) hace hincapié en que la mejor manera en que los terapeutas cognitivos han conseguido la inducción de los síntomas es mediante diversos ejercicios de exposición interoceptiva. Esto facilita la observación de la conducta de un paciente dentro de un espacio controlado y de la confirmación del peligro real que conlleva a experimentar dichas sensaciones. Aun así este método se encuentra contraindicado si el paciente no está dispuesto a pasar por dicho malestar o tiene una condición médica que imposibilite la realización de los ejercicios. Sin embargo estos ejercicios son simplemente actividades similares a acciones, como trotar o aguantar la respiración, cotidianas que se pueden dar en cualquier momento del día a día por lo que no deberían representar un peligro a la salud de ningún paciente (Beck, A. & Clark, 2012).

El siguiente paso comprende el punto más característico de la terapia, la reestructuración cognitiva. El objetivo es desmentir las creencias del paciente mediante información objetiva y comprobable. Por otro lado, busca brindar la habilidad al paciente de ser capaz de encontrar explicaciones alternativas a las situaciones específicas y poder generalizar esta herramienta a otras situaciones similares, pero no trabajadas en la terapia. Este procedimiento no empieza y acaba en una sesión determinada sino que se lleva a lo largo de toda la terapia (Beck, A. & Clark, 2012; Beck, J., 2008).

A la par de la reestructuración cognitiva se proponen los experimentos conductuales (Beck & Clark 2012; Beck, J., 2008; Caballo, 2007) que buscan comprobar la veracidad de las creencias del paciente mediante la exposición o realización de las actividades o situaciones temidas. Si es que la evitación es grave o tiene un corte más agorafóbico se propone una exposición gradual. Esta técnica consiste en exponer de manera gradual al estímulo de manera que la ansiedad decrezca al tener una sobre-estimulación aversiva. Sin embargo las técnicas de tipo encubiertas también muestran cierto grado de efectividad, sobre todo cuando no se puede acceder a la situación dentro del tratamiento terapéutico. (Barlow, 2002; Beck, A. & Clark, 2012; Caballo, 2007; Gavino, 2006; Mckay et al., 1985; Riggenbach, 2013).

Estos procedimientos hacen posible que el paciente, a lo largo de las sesiones, sea capaz de tolerar las molestias y sensaciones que antes veía como preparativos para la crisis de pánico. Este nuevo aprendizaje se puede reforzar con un diario de experiencias incómodas para demostrar al paciente que es capaz de soportar molestias (Beck, A. & Clark, 2012; Riggenbach, 2013).

Antes de la finalización de la terapia, y el posterior seguimiento, es preciso resolver las dudas del paciente en cuanto a las recaídas y prepararlo para que pueda afrontar de una manera adaptativa las situaciones que pudieran presentársele (Beck, A. & Clark, 2012). Se suele recomendar el aprendizaje de la técnica de solución de problemas si es que aún no se ha implementado durante el trabajo terapéutico (Gavino, 2006; Beck, J., 2008).

La organización de las terapias de seguimiento se hace dentro de un espacio de tiempo prolongado, generalmente dos a tres semanas, un mes a tres meses y seis meses a un año. Aun así la terapia es flexible y puede variar de acuerdo al paciente. El objetivo de estas sesiones es comprobar el efecto de la terapia y si el paciente ha sido capaz de aplicar todo lo aprendido a las situaciones de su vida. No se descarta también brindar apoyo en problemas específicos en

el cual el paciente tenga alguna dificultad concreta al ser diversas las situaciones cotidianas donde el paciente puede, o no, replicar lo aprendido (Beck, A. et al., 1983; Beck, A. & Clark, 2012; Beck, J., 2008).

Además se le comunica al paciente que es muy posible que presente algunas crisis de angustia, aunque de menor intensidad, y que la experimentación de la ansiedad es parte de la vida humana. También se le hace consciente de que si se encuentra preparado y con expectativas reales sobre las recaídas, se podrá manejar de una manera saludable que afiance los efectos de la terapia (Beck, A. & Clark, 2012; Beck, J. 2008).

II. Presentación del caso

2.1 Datos De Filiación

- Nombre : Luis
- Edad : 57 años
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima 04-11-1958
- Grado de instrucción : Superior completo (Economía Bachiller-
Graduado en docencia)
- Estado Civil : Casado
- Ocupación : Independiente
- Numero de hermanos : 1
- Lugar entre hermanos : segundo
- N° de hijos : 2
- Lugar de residencia : Rímac
- Referente : Psiquiatría
- Informante : Paciente e hija
- Fecha de evaluación : 15, 22 y 29 de septiembre; 06 de octubre 2016

2.2 Motivo De Consulta

Paciente asiste a consulta, derivado del servicio de psiquiatría ya que refiere: “desde hace 10 años quiero dejar de tomar pastillas. He tomado bromazepam por mis ataques de ansiedad que vengo teniendo desde que tenía 25 años, hace tres semanas lo cambie porque el médico me dijo, pero esto no es vida o no la calidad que espero”. Además refiere que: “Todo empezó cuando subí a una combi de camino al trabajo y estaba pensando en el estrés que tenía en mi vida: estudiar, trabajar y tener una recién nacida con una mujer que no amaba. En ese momento empecé a sentir que me ahogaba, me sudaban las manos y la espalda, me temblaba

el cuerpo, me sentía caliente, tenía temor, pensaba que me iba a morir y tuve que bajar del bus, solo duro unos 3 minutos. Desde entonces no solo siento la ansiedad cuando voy en bus, también empecé a sentirla al estar en mi casa, mi trabajo y empecé a tener miedo porque pensaba que me daría algo, que me estaba volviendo loco o que moriría inevitablemente. Finalmente acota: “desde que tomo medicación ya realizo viajes medianamente largos desde hace 10 años.” actualmente el evaluado presenta una funcionalidad parcial, se desenvuelve con normalidad mientras tome su medicación.

2.3 Procedimiento De Evaluación

2.3.1 Entrevista y Observación.

El evaluado ingresa a la entrevista con marcha pausada y postura levemente encorvada. Durante la mayor parte de la entrevista mantuvo una actividad normoactiva y estableció contacto visual esporádico. Paciente aparenta edad cronológica, de sexo masculino, con peso de 69kg, de estatura 168 cm aproximadamente. Muestra un biotipo normosómico, tez mestiza, vestía de acuerdo a la ocasión, estación, sexo y edad. Presenta adecuado aliño e higiene personal. Se muestra colaborador y respetuoso durante el proceso de evaluación, responde de forma elaborada a las preguntas que se le proponen, mostrando así motivación para el cambio.

2.3.2 Historia Personal.

Dentro de la etapa pre-natal, el paciente comenta que la madre le refirió que su embarazo no fue planificado por los padres ya que había discusiones constantes entre ellos y ya tenían un hijo, su hermano mayor. Sin embargo, deciden tenerlo. Pese a la situación, la madre no necesitó ayuda psicológica. Siguió todos sus exámenes médicos y se alimentó según las recomendaciones de su doctor.

El parto fue eutócico, se realizó en la noche, no presentó complicaciones y recibió atenciones necesarias después de nacer. Su peso fue de 3.800Kg. Por otro lado su alimentación inicial fue con leche materna hasta los 6 meses y de ahí cambió a papillas y sopas. Sus dientes empezaron a aparecer desde los 6 meses y medio. La sedestación tuvo lugar a los 7 meses y su bidepestación a los 10 meses. Empezó a caminar a los 12 meses y al parecer inició el habla a los 2 años. Cabe precisar que no se pudo recopilar mayor información al respecto por fallecimiento de padres.

Durante inicial y primaria vivió con ambos padres. En esta etapa el paciente era muy aplicado y obediente, constantemente recibía felicitaciones de parte de los profesores en su agenda escolar. Tenía pocos amigos pero no consideraba ello un problema porque conversaba con todos. En cuanto a su rendimiento académico era bueno, sus notas no eran por sobre la media pero lo compensaba con su buen comportamiento y su iniciativa. A los 4 años la situación entre sus padres concluye, en termina la relación de pareja. Luis se queda con su madre y tiene vagos recuerdos de haberse sentido triste. A los 8 años por dificultades económicas el paciente es ingresado en el puericultorio durante 3 meses. Después de este tiempo su padre lo retira de ahí y empieza a vivir con él junto a su madrastra, el paciente refirió “tener buenos recuerdos de ese tiempo”.

En secundaria era más sociable aún, le gustaba ir a jugar football, sin embargo no descuidaba sus notas, ganándose el respeto de los profesores. No obstante no era mucho de juntarse para reuniones de promoción. En su rendimiento empieza a sobre salir de sus compañeros, lo que causa una buena relación con el profesorado.

Ingreso a una universidad nacional, pero a media carrera tuvo a su primera hija lo cual le obligó a trabajar y empezó a jalar cursos llegando solo hasta el grado de

bachiller, sumado a sus crisis de pánico. Luego a los 42 años, después de controlar con medicación su enfermedad, empieza a estudiar docencia, llegando al grado de licenciado también.

Por otro lado, dentro de su historia psicosexual, tuvo su primera polución a los 12 años. Acotó que se asustó ya que nadie le había explicado sobre aquello, pensó que había miccionado de manera involuntaria. A los 17 años tiene su primera pareja con la cual tiene su primera relación sexual, él toma esa experiencia como nueva y emocionante. Duran aproximadamente 3 años. Luego la ve besarse con otro y terminan. A los 20 años mantiene una relación con una chica que no le gustaba mucho pero la embaraza y deciden casarse. Respecto a esta relación, Luis comentó “yo no la amé”.

En el ámbito laboral trabajaba como practicante en una empresa a los 24 años pero abusaban de él. Lo hacían trabajar más de 8 horas pagándole como practicante y le dejaban responsabilidades como si fuera empleado. Según el paciente, esto fue uno de los motivos por los que enfermó. De ahí empezó a tener distintos trabajos dentro de su primera carrera, economía, hasta que sufre su primera crisis de pánico a los 25 años. Desde entonces busca trabajo que requieran no viajar mucho en transporte público hasta que empieza a hacer uso del bromazepam, siendo capaz de soportar viajes en bus y de duraciones más largas. Actualmente ejerce la docencia, además de dirigir un restaurant en casa y un centro de artes marciales.

Entre sus pasatiempos se encuentra el escuchar música, pasar el tiempo con su familia, leer y actualizarse en sus estudios de docencia. Además fue bastante sociable hasta que empezó sus ataques de pánico que lo privo de salir a reuniones o ir demasiado lejos por el malestar que esto representaba a menos que fuera en un auto particular.

HISTORIA FAMILIAR

Dentro de su historia familiar, su padre Hugo, natural de Huancavelica, 72 años, era policía y estaba retirado. Actualmente fallecido. Era un padre estricto, responsable, que inculcaba siempre la obediencia y el respeto. A veces era frío en su tratar pero no dudaba en mostrar cariño cuando era necesario. Su relación era poco profunda, el padre se preocupaba más por cumplir económicamente. Sara, su madre, natural de Huancavelica, 70 años, tenía instrucción secundaria y era ama de casa. Actualmente fallecida. Era una madre conservadora, cariñosa y jovial, así la recuerda el paciente y aunque su relación era buena cuando era niño, el hecho de dejarlo en el puericultorio hizo que la relación se mermara, manteniendo poco contacto con ella hasta su fallecimiento. Se comunicaban muy esporádicamente, ya no había una relación sólida. La relación de su madre con su padre no era buena, discutían con frecuencia. Se separaron cuando el paciente era aún un niño. Carlos, su hermano mayor de 65 años. Luis lo describe como todo un líder, confiado y confiable, bastante amigable y honesto. Actualmente labora como abogado independiente. Su relación de niños era bastante unida, siempre iban juntos y pasaban el tiempo así. Al separarse sus padres se distanciaron un tiempo hasta que su padre lo recoge del puericultorio. Actualmente cada uno se dedica a su familia por lo que se ven poco pero cuando se reúnen el paciente refiere ese momento como muy ameno.

Dentro de su dinámica familiar, él actualmente se encuentra casado con Rosa de 53 años, quien fue su segunda pareja a quien refirió “no amar”. Su relación ha tenido altibajos debido a que él no sentía afecto por ella pero desde hace 6 años la ha empezado a valorar. Rosa tiene una actitud sumisa con él, es muy condescendiente pero le demuestra afecto y lo ha apoyado y ayudado en su cuidado cuando tenía crisis de pánico. Además tienen dos hijas María de 31 años, quien vive en otra casa con su

esposo, y Marta de 24 años, quien estudia medicina y vive con él y su esposa. María es, ciertamente, más fría con él, considera que su condición podría ser controlada por él mismo si así lo deseara, no se muestra abiertamente confiada en tratamientos psiquiátricos ni psicológicos. Sin embargo mantiene una relación estable con él y se comunican constantemente. Marta es más apegada a Luis y siempre está pendiente de que siga las indicaciones de su psiquiatra y asista a sus consultas psicológicas. Fue ella quien lo convenció de llevar una terapia psicológica. Él refiere su relación como la “más mimada de las dos” ella es abiertamente sincera con Luis y confía plenamente en él.

2.3.3 Examen Mental

Dentro del porte, actitud y comportamiento, el evaluado manifestó una marcha pausada, postura encorvada, actividad normoactiva y estableció contacto visual esporádico. Paciente aparenta edad cronológica, de sexo masculino, con peso de 69kg, de estatura 1.68 m aproximadamente. Muestra un biotipo normosómico, tez mestiza, vestido acorde a la ocasión, estación, sexo y edad. Presenta adecuado aliño e higiene personal. Se muestra colaborador y respetuoso durante el proceso de evaluación, responde de forma elaborada a las preguntas que se proponen.

Por otro lado, respecto a sus funciones cognitivas, muestra un estado de vigilia y lucidez adecuada, una orientación en tiempo, espacio y persona normal. Dentro de la atención mantiene una euproxia promedio con cierto énfasis en sus sensaciones corporales. Por otro lado, en cuanto a su pensamiento, se observa un curso coherente, es decir, sin alteraciones en el discurso, no obstante dentro de su contenido del pensamiento se encuentran pensamientos fóbicos y catastróficos. Así mismo, su afecto se encuentra alterado al presentar ansiedad y temor patológico. Su memoria se encuentra conservada a corto, mediano y largo plazo. De igual forma su lenguaje se

mostró ordenado, claro, con un tono de voz y fluidez adecuado. El sueño, apetito y percepción no se encontraron alterados. Finalmente mostraba una consciencia de enfermedad, motivación y voluntad al cambio de su actual estado físico y psicológico.

2.3.4 Pruebas Psicológicas.

Para la evaluación psicológica se hizo uso de la Escala de inteligencia WAIS revisada de Weschler dentro del área de inteligencia. En cuanto al área de personalidad se utilizó Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II y el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS). En el área del afecto se utilizó el Inventario De Ansiedad De Zung, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión De Beck (BDI).

2.4 Informe Psicológico

DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre : Luis
- Edad : 57 años
- Lugar y Fecha de Nacimiento : Lima 04-11-1958
- Grado de instrucción : Superior completo
- Estado Civil : Casado
- Ocupación : Independiente
- Numero de hermanos : 1
- Lugar entre hermanos : Segundo
- N° de hijos : 2
- Lugar de residencia : Rímac
- Referente : Psiquiatría
- Informante : Paciente e hija
- Fecha de evaluación : 15, 22 y 29 de septiembre; 06 de octubre

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asiste a consulta, derivado del servicio de psiquiatría ya que refiere: “desde hace 10 años quiero dejar de tomar pastillas. He tomado bromazepam por mis ataques de ansiedad que vengo teniendo desde que tenía 25 años, hace tres semanas lo cambie porque el médico me dijo, pero esto no es vida o no la calidad que espero”. Además refiere que: “Todo empezó cuando subí a una combi de camino al trabajo y estaba pensando en el estrés que tenía en mi vida: estudiar, trabajar y tener una recién nacida con una mujer que no amaba. En ese momento empecé a sentir que me ahogaba, me sudaban las manos y la espalda, me temblaba el cuerpo, me sentía caliente, tenía temor, pensaba que me iba a morir y tuve que bajar del bus,

solo duro unos 3 minutos. Desde entonces no solo siento la ansiedad cuando voy en bus, también empecé a sentirla al estar en mi casa, mi trabajo y empecé a tener miedo porque pensaba que me daría algo, que me estaba volviendo loco o que moriría inevitablemente. Finalmente acota: “desde que tomo medicación ya realizo viajes medianamente largos desde hace 10 años.” actualmente el evaluado presenta una funcionalidad parcial, se desenvuelve con normalidad mientras tome su medicación.

OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

El evaluado ingresa a la entrevista con marcha pausada y postura levemente encorvada. Durante la mayor parte de la entrevista mantuvo una actividad normoactiva y estableció contacto visual esporádico. Paciente aparenta edad cronológica, de sexo masculino, con peso de 69kg, de estatura 168 cm aproximadamente. Muestra un biotipo normosómico, tez mestiza, vestía de acuerdo a la ocasión, estación, sexo y edad. Presenta adecuado aliño e higiene personal. Se muestra colaborador y respetuoso durante el proceso de evaluación, responde de forma elaborada a las preguntas que se le proponen, mostrando así motivación para el cambio.

RESULTADOS

En el área de inteligencia obtuvo un CI de 100, que corresponde a una categoría de normal promedio. En la Escala Verbal un C.I de 100 y de Ejecución de 99 correspondientes al mismo nivel antes indicado.

Demuestra una percepción visual adecuada, formando relaciones espaciales, reflejando además una buena coordinación visomotora. Además presenta un adecuado manejo de conceptos generales e información de su entorno, lo que refleja su nivel cultural alcanzado. Su memoria remota se encuentra conservada, siendo capaz de recordar experiencias pasadas. Su pensamiento opera a un nivel abstracto, logrando formar asociaciones entre conceptos. Por otro lado, su sentido común y juicio social resultan inadecuados, dificultándose su adaptación a

situaciones sociales, de forma convencional, mostrando muchas veces un comportamiento social poco oportuno. Así mismo tiene dificultades en la habilidad numérica, lo que nos habla de lo irregular de sus procesos atencionales y dificultad para el manejo de operaciones matemáticas de forma mental y rápida.

Dentro del área de personalidad se caracterizó por ser una persona bastante callada, evitaba los conflictos, asumía con responsabilidad las tareas que se le encomendaban. Gustaba de organizar su actividad y buscaba sobresalir en las cosas que hacía. En la etapa de la niñez vivió con mucha angustia la posibilidad de ser abandonado. A la edad de los 8 años es llevado a un puericultorio por la madre al presentar problemas económicos, ante esta situación se retrae en su comportamiento, refiere haber sentido tristeza y temor intenso a ser abandonado. A los tres años el padre lo recoge cuando se entera de su situación. Y lo lleva a vivir al lado del padre y madrastra. Refiere que después de esto no volvió a sentir tristeza y recuerda como la mejor está de su vida, socializa más. Cuando ingresa a secundaria comienza a plantearse de que debería ser el mejor en sus estudios, esto debido a que cuando obtenía logros era reforzado por los profesores y padre. Su participación no era tanto a nivel social por este motivo. Cosa que cambia cuando ingresa a la Universidad donde se vuelve más sociable dentro de los niveles esperados.

En la actualidad, se encuentran indicadores de tipología compulsiva. Se caracteriza por mantener una conducta prudente y controlada, estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismo y los demás. El control que ejerce en su comportamiento permite ocultar un enfado intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente surgen cuando no es capaz de controlar sus impulsos de una manera adecuada. No obstante, a pesar de su condición es capaz de ver los acontecimientos de manera optimista y sistematizada, asimilando y comprendiendo los sucesos a su alrededor.

Respecto a su estado emocional al momento de la evaluación, se encuentran una sintomatología de ansiedad moderada. Experimenta altos grados de estrés, emociones de ansiedad y temor, y síntomas físicos, como cefaleas, sudoración, así como pensamientos constantes de que puede volverse loco o va a sufrir de alguna enfermedad mortal. Por otro lado no se encuentran indicadores de sintomatología depresiva.

CONCLUSIONES

- Se observa un CI normal promedio
- Muestra una sintomatología moderada de ansiedad
- No se encuentran indicadores de depresión.

RECOMENDACIONES

- Llevar terapia psicológica

2.5 Identificación Del Problema

Con base al criterio clínico y psicométrico, tomando en cuenta el énfasis en la hipervigilancia de las sensaciones corporales, la catastrofización, y una moderada ansiedad. Se concluye que la principal problemática que aqueja al paciente es un trastorno de pánico sin agorafobia; el cual se caracteriza por reiteradas crisis de pánico y que activan el sistema autónomo llevando a una manifestación de peligro aunque este no se presente.

Como se puede observar en la tabla 1 los estímulos discriminativos, es decir, que activan los ataques de pánico, son viajar largas distancias en un transporte público, percibir sensaciones corpóreas indeterminadas y mantener pensamientos anticipatorios de preocupación. Esto causa que el paciente presente ideas de volverse loco o creer que va a morir, manifestando ansiedad y miedo, temblor en el cuerpo, hiperventilación, taquicardia y sudoración. Esta conducta se encuentra reforzada por bajarse inmediatamente del transporte, evitar subirse en uno, tomar medicamentos ante cualquier molestia, evitar hacer ejercicio, mantener pensamientos de desesperanza, evitar salir con su familia, trabajar menos turnos; sumado a que los pasajeros del bus lo miran raro y su hija mayor le dice que él puede controlarlo.

Tabla 1

Análisis funcional

ESTIMULO DISCRIMINATIVO	CONDUCTA	ESTÍMULOS REFORZADORES
<p>EXTERNO: Viajar largas distancias en un transporte publico</p> <p>INTERNO: Sensaciones corpóreas indeterminadas " me va a volver a dar" Pensar en el estrés del día</p>	<p>Cognitivo: Me voy a volver loco Me estoy ahogando Voy a morir Debo estar sano para mi familia No puedo controlarlo</p> <p>Afectiva: Ansiedad: 8/10 Miedo: 7/10</p>	<p>EXTERNO: Hija le dice que puede controlarlo Pasajeros lo miran extraño</p> <p>INTERNO: Tomar ansiolíticos Evitar hacer ejercicio Pensamientos de desesperanza</p>

	<p>Motora: temblor</p> <p>Fisiológico: Hiperventilación Taquicardia Sudoración palmar y de espalda Mareo Dimensiones Frecuencia: 1 a 2 veces por día Latencia: de 2 a 6 segundos Duración: 2 a 5 minutos</p>	<p>Evita salir con su familia Trabaja menos turnos Bajarse inmediatamente del bus Evitar viajar en transporte publico Viajar solo cortas distancias en bus</p>
--	--	--

III. Programa De Intervención Terapéutica

3.1 Especificación De Los Objetivos De Tratamiento

3.1.1 Objetivo General

- Brindar mecanismos de afronte y reducción de ansiedad racionales

3.1.2 Objetivos Específicos

- Psicoeducar al paciente en el modelo cognitivo-conductual del trastorno de pánico
- Establecer la relación entre cognición, emoción y conducta
- Reducir el nivel de ansiedad mediante la técnica de relajación
- Reestructurar las creencias irracionales con respecto a los estímulos que mantienen la ansiedad
- Facilitar la toma de decisiones frente a la posibilidad futura de una recaída con la técnica de Solución de Problemas

3.2 Diseño De Estrategias De Tratamiento

El tratamiento consta de 14 sesiones de terapia más 3 sesiones de seguimiento. Dicho procedimiento se realizó mediante objetivos particulares de cada sesión.

En la primera sesión se buscó lograr un correcto establecimiento de la alianza terapéutica así como una adecuada asimilación del modelo de la terapia cognitiva, para esto se hizo uso de material gráfico y de la técnica de psicoeducación.

En la segunda sesión se dio explicación teórica del trastorno de pánico, la explicación teórica de la relajación progresiva y la respiración abdominal. Para esto se usaron las técnicas de la relajación progresiva de Jacobson, la respiración intercostal y la psicoeducación.

En la tercera sesión se buscó evaluar y practicar el procedimiento de la relajación progresiva de Jacobson y la realización de una escala emocional idiosincrásica. En este espacio de tiempo se utilizaron las técnicas de relajación progresiva y la escala emocional.

En la cuarta sesión se evaluó y practicó el procedimiento de la relajación progresiva de Jacobson. Se utilizaron las técnicas de relajación progresiva y la escala emocional.

En la quinta sesión se evaluó y practicó el procedimiento de la relajación progresiva de Jacobson. Se utilizaron las técnicas de relajación progresiva y la escala emocional.

En la sexta sesión se trabajó con la técnica del registro de pensamientos distorsionados así como la explicación de los pensamientos distorsionados propuestos por la teoría cognitiva. Para ello se usó la psicoeducación y el registro de pensamientos distorsionados.

En la séptima sesión se explicó y practicó la técnica de la exposición interoceptiva así como una revisión de los registros y escalas emocionales. Además se hizo mayor hincapié en la aplicación de las tareas conductuales para la casa. Se utilizó la técnica de la psicoeducación, el registro de pensamientos, la escala emocional y las tareas conductuales.

En la octava sesión se comprobó el éxito de la tarea conductual de la sesión previa y se realizó la exposición interoceptiva, específicamente para la sensación de taquicardia, y se buscó comprobar la veracidad de los pensamientos distorsionados que se presentaron durante la sesión. Se utilizó la técnica del debate, escala emocional, la exposición interoceptiva y las tareas conductuales.

En la novena sesión se realizó la exposición interoceptiva para la hiperventilación y se evaluó la veracidad de los pensamientos y revisó el resultado de las tareas dejadas para la casa. Se utilizó la técnica de exposición interoceptiva, debate, escala emocional y tareas conductuales.

En la décima sesión se realizó la exposición interoceptiva para la sensación de ahogo, se midió la veracidad de los pensamientos y se revisara el avance de las tareas del hogar. Se utilizó la técnica de exposición interoceptiva, debate, escala emocional y tareas conductuales.

En la undécima sesión se explicó y aplicó la exposición encubierta al paciente, que permitió debatir las creencias que estaban asociadas a los viajes en transportes públicos, así como su disminución en sus niveles de ansiedad. Se utilizó la técnica de exposición encubierta, respiración profunda, escala emocional y debate.

En la duodécima sesión se realizó el modelado encubierto para las situaciones que el paciente evitaba por asociarlos a los trastornos de pánico, y se planteó la comprobación de hipótesis en la tarea conductual de ir a esos lugares en específico. Se utilizó la técnica de modelado encubierto, respiración profunda, comprobación de hipótesis, escala emocional y debate.

En la decimotercera sesión se analizó los resultados de la comprobación de hipótesis, se debatió las ideas surgidas de esta tarea. Se enseñó el procedimiento de la técnica de solución de problemas. Se utilizó la técnica de solución de problemas, comprobación de hipótesis y debate.

En la decimocuarta sesión se dio por finalizada la intervención psicoterapéutica, se establecen fechas para el seguimiento, se absolverán dudas que pueden haber quedado respecto a las sesiones y se repasara la técnica de solución de problemas. Se utilizó la técnica de debate, solución de problemas y escucha activa.

De la decimoquinta sesión a la decimoséptima sesión se llevó a cabo el seguimiento en el cual se comprobaron los efectos de la terapia, los logros personales del paciente, la generalización de respuesta del aprendizaje en la terapia y guiar en los posibles problemas particulares que pudieran surgir.

3.3 Aplicación Del Tratamiento

Primera sesión

13/10/16

Objetivos: Establecer la alianza terapéutica

Explicar el modelo de la TCC

Técnicas: Psicoeducación

Durante la primera sesión se le reforzó el hecho de querer iniciar un proceso terapéutico para la solución del malestar que presentaba así como a mantener el tratamiento interdisciplinaria con psiquiatría con el fin de no abandonar la medicación lo cual podría afectar de manera negativa en el proceso psicoterapéutico.

T: Buenos días Luis ¿Cómo te ha ido en la semana?

P: Buenos días psicólogo, normal.

T: ¿Qué es normal? ¿Normal es convivir con la ansiedad?

P: Sí, exactamente así.

T: Bueno Luis no te preocupes, hoy empezamos la intervención psicoterapéutica de la que te había hablado la primera vez que nos vimos con el fin de aprender a rebajar esa ansiedad por ti mismo. Por cierto ¿Qué te dijo el psiquiatra?

P: Sí, acabo de ir antes de venir para acá. Me dijo que había estado tomando mucho tiempo bromazepam y que por el momento intentemos con clonazepam mañana y noche.

T: Muy bien, es importante que a medida que vayamos avanzando en el tratamiento también estés a la par con el tratamiento psiquiátrico. Por supuesto, lo esperado es que a medida que tú logres manejar la ansiedad el uso de las pastillas se vaya aminorando paulatinamente pero paso a paso, así que no nos apuremos.

P: Estoy de acuerdo doc.

T: Ahora ¿alguna vez has escuchado algo sobre un tratamiento psicoterapéutico?

P: No, mi hija solo me ha comentado que este hospital es bueno y por eso insistió que venga.

T: Muy bien, el enfoque psicoterapéutico que yo uso es el tratamiento cognitivo-conductual ¿nunca has escuchado sobre esto?

P: No, nunca.

T: Es un tipo de psicoterapia que se basa en la modificación de pensamientos para poder modificar las conductas y emociones.

P: ¿Es algo así como todo está en la mente?

T: Sí, pero esa afirmación puede llegar a subestimar los procedimientos científicos que implican. Por ejemplo ¿puedes relatarme brevemente el primer episodio de ansiedad que tuviste?

P: Sí, claro, yo estaba en el bus y como le conté tenía este estrés de estar con mi esposa, tener un bebe en camino, los estudios y los problemas en el trabajo. Entonces empecé a sentir sensaciones raras en mi cuerpo, me subió la temperatura, pensé que moriría o me volvería loco y eso me hizo bajar del bus.

T: Hasta ahí ¿qué pensamientos tenías en la cabeza en ese momento?

P: No recuerdo muy bien pero sería algo como “moriré” “no puedo controlarme” “esto es insoportable”.

T: Eso suena un poco fatídico ¿no? ¿Cuánta ansiedad del 1 al 10 tenías? Tomando en cuenta que el 1 es lo mínimo y 10 es lo máximo.

P: Sí, en realidad la pasé muy mal. Probablemente de un 8 o 9.

T: Y si en esa oportunidad no hubieses pensado “me voy a morir” sino “puede ser que me haya resfriado” o en vez de “no puedo controlarme” hubieras pensado “puedo controlarlo” y en vez de “esto es insoportable” hubieses pensado “es momentáneo, ya pasará” ¿Cómo te hubieses sentido?

P: Bueno es muy probable que no me hubiera puesto tan ansioso en ese momento sabiendo que podía hacer frente a ello.

T: Ya pero ¿te di algo que no tuvieras en ese momento?

P: No.

T: ¿Qué fue lo único que hice?

P: Dijo que piense algo distinto.

T: Y por ende ¿tu emoción fue igual o distinta?

P: Distinta fue menos molesta.

T: ¿Entiendes la idea que trato de explicar?

P: Sí, pensar distinto puede hacerte sentir distinto.

T: También como uno actúa ¿te gustaría escuchar un ejemplo más?

P: Sí, claro.

T: En un teatro estaban un señor, una señora y un joven ninguno de los tres se conocía pero llegado el receso del primer acto salieron al pasillo y los tres vieron a una mujer conversando con su pareja. En un momento la chica lo abofeteo y se fue. El señor estaba deprimido porque pensó “ahora se fue y nunca volverá a verla”. La señora estaba feliz porque pensaba “que bien que se haga respetar ojala las amigas tímidas que tengo lo hubiesen visto”. Finalmente el joven

se sentía molesto porque pensaba “él solo quería un beso y ella lo humilló ¡Que desgraciada!”.

Sabiendo esto ¿Por qué todos sintieron una emoción distinta habiendo visto a la misma pareja?

P: Porque pensaron distintas cosas.

T: Muy bien a eso quería llegar.

P: Pero si fuera tan fácil no se necesitaría de terapia.

T: Es cierto, nuestros pensamientos es una cosa lo otro es que tendemos a pensar de una manera irracional por distintos motivos: por nuestro estilo de vida, por nuestros aprendizajes tempranos o por algún suceso en particular. Si te digo que el señor que estaba deprimido en el ejemplo se había divorciado recientemente ¿entenderías por qué pensó lo que pensó?

P: Sí, sería comprensible.

T: Lo mismo pasa con cada uno de nosotros, tendemos a pensar de cierta manera ante las mismas circunstancias.

P: Entiendo, pero como eso explica la ansiedad.

T: Es cierto, tu ansiedad cumple esta lógica pero de una manera un poco más compleja. Pero primero ¿cuál es el diagnóstico que te han dicho que tienes antes de venir a psicología?

P: Que tenía un trastorno de pánico.

T: Y es el diagnóstico con el cual yo concuerdo y que he podido concluir al evaluarte y atenderte. Este trastorno se explica como una interpretación catastrófica de una serie de activadores fisiológicos inespecíficos y muchas veces aislados, a las cuales le damos el carácter de amenaza fatal inminente siendo así la activación de síntomas ansiosos y estilos de afrontamiento desadaptativos.

P: ¿Como si estuviera exagerando?

T: Más que exagerando se podría decir que estas demasiado atento a ciertos estímulos.

P: ¿Cómo así?

T: Pongamos el caso de que tú estas caminando por la vereda y escuchas el ladrido de un perro, grueso y fuerte. Volteas a verlo y te das cuenta que es imponente e inclusive tiene espuma en la boca. Pero ves que está atado y no solo eso sino que también hay una cerca muy alta entre tú y el perro ¿Te asustarías de una situación así?

P: No, creo que no.

T: Correcto, es muy poco probable que te asuste o puede que solo al inicio. Pero si no estuviera la reja y no estuviera atado ¿tendrías miedo?

P: Sí, saldría corriendo por temor a que me muerda.

T: Exacto en tu caso es como si tú solo prestaras atención y no vieras la reja ni la correa. Este trastorno suele enfocarse en el peligro mas no en los factores de seguridad porque de ser así nadie caminaría en veredas que dan a casas con perros grandes ¿me deje entender?

P: Sí (ríe), aunque ahora que llegue a casa evitare caminar por donde allá perros grandes (ríe).

T: (ríe) Es solo un ejemplo sencillo para explicar un poco como funciona el problema que te aqueja.

P: Y ¿qué es eso de activadores fisiológicos inespecíficos?

T: Claro Luis ¿recuerdas qué sensaciones te da antes de tener esos ataques de pánico?

P: (se queda pensando un momento) A veces puede ser hormigueos, o como se siente duro la parte del pecho. No sé, suele variar, o sensaciones de mareo.

T: A eso me refiero como activadores fisiológicos inespecíficos, creo que sería mejor llamarlo sensaciones corpóreas. En lo que me acabas de decir ¿la sensación de hormigueo podría comprobar que vas a morir?

P: No, podría ser que se me adormeció alguna parte porque estaba en una mala posición o por ejercicio.

T: Sí, es cierto podría ser pero en tu caso la interpretas como si ese hormigueo fuera una prueba irrefutable de que vas a morir y no solo el hormigueo sino también otras sensaciones que te dan, algunas más frecuentes que otras, por eso se les dice activadores fisiológicos inespecíficos o sensaciones corpóreas.

P: Ah, ya lo entiendo. Entonces me estás diciendo que si yo pensara en otra cosa respecto a esas sensaciones raras que me da ¿no me daría ansiedad?

T: Exacto, porque el peligro no está en el mundo real, tú de manera inconsciente planteas que hay un peligro pero no parece haber un sustento en la realidad. Sino que como estas tan enfocado en el peligro te cuesta evaluar la situación de una manera más óptima.

P: Decirlo así parece sencillo pero ¿cómo lo recordaré fuera de la sesión?

T: Por ello hay distintos ejercicios y técnicas para hacerlo pero eso lo veremos más adelante. Ahora quiero explicarte como es la ansiedad según el modelo terapéutico que sigo.

P: Está bien.

T: La ansiedad tiene dos momentos uno inconsciente y otros consciente. El primero es como una reacción rápida y automatizada hacia el peligro, esto usa tu información tanto hereditaria como tu aprendizaje de vida que ya está puesto a un nivel inconsciente. Aquí es donde las sensaciones corpóreas alcanzan un rango de amenaza para ti y se activan las ideas que tienes como morir o perder el control. En el segundo momento más consciente se refiere a las acciones

que tomas y los efectos que causa el primer momento. Te da ansiedad como respuesta a las ideas que te causan temor y tratas de buscar seguridad a fin de aminorar la ansiedad. A si mismo también evitas ir a los mismo lugares y temes porque en el futuro te vuelva a dar.

P: Pero si es inconsciente ¿Qué puedo hacer yo para detenerlo?

T: Ambos momentos están muy conectados, es más, casi no parece que hubieran dos solo que, por motivos explicativos de la teoría, se separan en dos. Pero ambos siempre están en interacción.

P: ¿Y cómo detengo que empiece así de la nada?

T: En este caso hay una tendencia a ver las cosas como peligros y es probable que esto se mantenga a lo largo de tu vida pero como una tendencia.

P: Pero ¿para qué sirve el tratamiento si lo voy a tener toda la vida?

T: Como dije es una tendencia, nuestro plan de acción y donde más nos vamos a centrar es en la parte consciente o el segundo momento.

P: ¿Y por qué ahí si ahí no empieza?

T: Es cierto, Luis. Ahí no empieza pero como te dije antes, ambas fases están en constante interacción a tal punto que parece que solo fuese una y que a medida que vayas adquiriendo nuevos aprendizajes se van a ir automatizando y la activación que sentirás de manera inconsciente será menor.

P: ¿O sea que si yo llevo el tratamiento, se aminorará las veces que me da ansiedad?

T: Exacto. En realidad donde se mantiene el trastorno de pánico es en el segundo momento.

P: ¿Por qué en el segundo?

T: Porque es el momento en el cual tú tomas las decisiones de que una sensación equis no tiene significado. Si tú la interpretas como peligro actuarás ante ese peligro y si lo interpretas como inofensivo actuaras sabiendo que es inofensivo. Por ejemplo si te da resfriado y la nariz se te tupa ¿crees que vas a morir por tener la nariz tupida?

P: No, solo diría que tengo un resfriado.

T: Exacto, si bien es una enfermedad, la has interpretado de una manera poco amenazante ¿Qué acciones puedes tomar frente a un resfriado?

P: Descansar, tomar una pastilla, ir al médico o esperar a que se me pase.

T: ¿Ves cómo tienes las soluciones a la mano? Por eso es que no le temes a un resfriado: sabes la magnitud de este y que puedes hacer en caso te dé.

P: Ya veo y eso no lo estoy haciendo con mi ansiedad.

T: Pero puedes aprenderlo.

P: ¿Y eso tiene solución aun cuando ya pasé tanto tiempo con la enfermedad?

T: Sí por supuesto. Aunque es un trabajo de a dos: yo puedo darte todas las herramientas pero solo te veo una vez a la semana y depende de ti practicarlas, así mismo durante la terapia dejaré pequeños ejercicios para que puedas practicarlos en tu casa. Esta terapia ira avanzando a tu ritmo, así que hay que esforzarnos para lograr resultados ¿de acuerdo?

P: Está bien doc.

T: ¿Has entendido todo Luis?

P: Sí.

T: ¿Crees que podrías darme un breve resumen de lo que te he explicado?

P: Sí claro, me comentaste que este tipo de terapia modifica los pensamientos porque estos modifican las emociones. Además me dijiste que la ansiedad que tengo se llama trastorno de pánico y que se caracteriza por ver más el peligro que las situaciones de seguridad. También me explicaste que la ansiedad tiene dos momentos uno que yo no controlo y otro que sí. Mi trastorno se origina en el primero pero en el segundo yo puedo cambiarlo. También me comentaste que la terapia va a avanzar tanto como yo avance así que hay que ponerle ganas.

T: Muy bien, Luis. Eso es un buen resumen de lo que te dije. No te olvides que modificar los pensamientos también modifica las conductas.

P: Cierto, no lo olvidare.

T: Listo. Entonces lo dejamos aquí por hoy. Te voy a pedir que traigas un cuaderno pequeño que sea cómodo de llevar porque ese será tu cuaderno de trabajo durante las siguientes sesiones.

P: Listo doctor, nos vemos la próxima semana.

T: Listo, Luis, hasta luego.

P: Hasta luego doc.

Objetivos: Explicación teórica de la relajación progresiva

Practicar los pasos de la relajación

Enseñar la respiración abdominal

Técnicas: Respiración abdominal

Relajación progresiva

Psicoeducación

Se le explicó la teoría de cómo actúa la ansiedad en el cuerpo, además de ello, se le propone trabajar la relajación progresiva a fin de aminorar la ansiedad a un nivel que permita el trabajo cognitivo y un menor nivel de activación fisiológica ante los estímulos ansiógenos.

T: Buenos días, Luis.

P: Buenos días, doc.

T: ¿Cómo has estado esta semana?

P: Muy bien doc.

T: ¿Qué tal la ansiedad esta semana?

P: Lo normal.

T: ¿Si tuvieras que ponerlo del 1 al 10?

P: Un 7.

T: Eso es un poco alto ¿no?

P: Sí, pero suelo estar acostumbrado.

T: ¿Cómo vas con las pastillas?

P: Estoy tomando el clonazepam día y noche, me deja hacer mis cosas durante el día pero igual me da ansiedad.

T: A veces pasa. Cuando el origen de la ansiedad no es médico y de eso trata la sesión de hoy, quiero explicarte cómo actúa la ansiedad a un nivel fisiológico en el cuerpo cuando es un estado normal y cuando es anormal.

P: A ver.

T: la teoría fue propuesta por Everly en el año 1989. Y consta de tres ejes de activación psicofisiológica: el eje neural, el neuro-endocrino y el eje endocrino.

P: (paciente anota en su cuaderno de trabajo) ¿Qué es psicofisiológico?

T: Buena pregunta, es todo lo referente a como los fenómenos psíquicos se relacionan y se rigen por reglas fisiológicas; es decir, como nuestra mente afecta o es afectada por nuestro cuerpo ¿recuerdas los ejemplos de la sesión anterior?

P: Sí ¿esos que habían distintas emociones por pensar distinto?

T: Exactamente esos. Bueno además de eso los pensamientos generan malestar físico como la sensación de ahogo o hiperventilación, así como la hiperventilación y el ahogo pueden causar pensamientos y emociones negativas ¿comprendes?

P: Sí doc.

T: El primer eje, el neural, se activa automáticamente cada vez que se percibe una situación de estrés, esto activa el sistema nervioso simpático (dibuja en la pizarra) y eso se traduce en aumento en la respiración, presión arterial, etc. También activa el sistema nervioso periférico que tensa los músculos de las extremidades.

P: Doc. Pero eso ya suena bastante malo (ríe) ¿cómo es que es recién el primero?

T: Es el primero porque así como se activa rápido decrece rápido. Por ejemplo, si el bus en el que vas frena de golpe este eje se activa porque es una situación que normalmente catalogaría uno como peligrosa o estresante. Pero luego de que el bus retoma su recorrido normal la preocupación ¿aumenta o disminuye?

P: Disminuye (sonríe) y ¿cómo pasa uno al siguiente eje?

T: Claro, acabamos de ver que este disminuye al momento que la situación deja de ser estresante pero ¿qué pasaría si la situación sigue siendo mala como por ejemplo que frene el bus y luego eche humo su motor?

P: La situación sería aún más molesta.

T: Exacto y como el estrés persiste se activa el segundo eje, el neuro-endocrino. Como necesita más estrés este se activa de una manera más lenta y por ello necesita situaciones más amenazantes como ya no solo ver humo, sino fuego del motor, esta situación tiene que durar más que la primera (dibuja en la pizarra el ejemplo del bus) porque si no se activaría solo el primer eje.

P: (anota en su cuaderno de terapia) Y ¿qué activa este segundo eje a diferencia del primero?

T: Más que una diferencia cuantitativa es cualitativa.

P: ¿A qué se refiere?

T: Hay un cambio en la calidad de la activación, es decir, en su intensidad.

P: ¿Cómo es eso doc?

T: ¿Recuerdas lo que activa el primer eje?

P: (ojea su cuaderno y lee) Aumenta la respiración, la presión arterial, ritmo cardiaco, entre otros.

T: Ya, el eje neuroendocrino activa eso solo que más fuerte ya que entran en juego las glándulas suprarrenales ¿conoces esta glándula?

P: Sí claro. Le suelo explicar a los chicos cuando nos toca el tema de hormonas y glándulas. Es la que está encargada de la adrenalina y noradrenalina.

T: Entonces, en este eje se intensifica las condiciones del eje 1. Generalmente en este eje se asocia las respuestas conductuales como huir o luchar.

P: Pero quedarse paralizado también es una respuesta del cuerpo, como cuando le roban a alguien y no puede ni decir algo.

T: A eso mismo iba a llegar, este eje va disminuyendo su activación cuando el individuo percibe que es capaz de hacer frente a la situación pero si el individuo no puede hacerle frente y solo le queda soportar el estrés se activa el tercer eje (Dibuja el eje en la pizarra).

P: (paciente anota en su cuaderno de trabajo) Y ¿este proceso es hereditario?

T: En realidad es aprendido, es cómo manejar. Al principio lo haces todo muy consciente de ello pero luego se hace tan automático como hablar. Nadie anda pendiente si sus palabras las dijo con la tilde o acentuación correcta, lo mismo ocurre en este caso, se automatiza. Lo único que podría decirse que es en parte hereditario es la facilidad con la que se activa el sistema autónomo en estos casos.

P: ¿Entonces se puede desaprender, cierto?

T: Sí, veamos el tercer eje. El individuo percibe la amenaza como continúa por ende siempre esta alerta y vigilante a que pueda ocurrir. Esto hace que el cuerpo este en un constante estado

de activación y que puede derivar en malos funcionamientos del organismo, por ejemplo gastritis, dolores musculares y sarpullidos.

P: Como a mí que me da dolores en el cuello de tanto estrés.

T: Es posible que en este momento te encuentres en este eje.

P: Y ¿qué más caracteriza a este eje?

T: Al estar constantemente activado y durante prolongados periodos el cuerpo, por decirlo de una manera, se da el lujo de liberar cortisol y corticosterona que bajan el sistema inmunológico producen mayor acido gástrico y urea en el hígado. Además, como te comente hace un momento puede propiciar la aparición de sarpullido como herpes simple, generar ideas de desesperanza, rendición y aumentar la probabilidad de generar un trastorno depresivo o ansioso.

P: Como el caso que nos reúne hoy (ríe y anota en su cuaderno de trabajo).

T: (ríe) No lo podría haber dicho mejor. Entonces lo que quiero proponerte ahora es empezar a realizar la relajación progresiva.

P: ¿Qué diferencia la relajación de la relajación progresiva? ¿Por qué ese énfasis en relajación progresiva?

T: Sí claro, si lo comparamos así simplemente suena a estafa ¿no?

P: A eso me refería (ríe).

T: Se llama progresiva porque es por pasos y grupos musculares, además que al principio va siendo guiada.

P: ¿Y que logro con eso?

T: como su mismo nombre indica, relajarte.

P: ¿Pero las pastillas que estoy tomando no son para eso?

T: Claro, pero hay varios puntos por ejemplo en estos veintitantos años ¿te han funcionado las pastillas?

P: Al principio, luego dejaron de hacer efecto.

T: Exacto esto es porque el cuerpo se vuelve tolerante al medicamento, lo que hace que necesites más dosis. Pero ni tu ni yo deseamos eso, por lo que pusimos en uno de los objetivos de esta terapia lograr reducir tu ingesta de pastillas.

P: Entonces ¿porqué tomo pastillas si el cuerpo se adapta?

T: Porque es una solución rápida. Para hacer ejercicios que tengan un efecto más prolongado es necesario tenerte en tus 5 sentidos. Evalúa la situación por un momento, si hubieras tenido la ansiedad que tenías antes de tomar las pastillas ¿podrías haber tenido este tipo de conversación conmigo?

P: Tiene razón doc. Ya hubiese salido corriendo, ni me hubiera acercado al hospital (ríe).

T: Y el último punto que quería comentarte ¿recuerdas cómo es que se da el pase del segundo al tercer eje?

P: Sí, claro. Un momentito (ríe y revisa su cuaderno). Cuando las personas no saben cómo afrontar la situación.

T: Precisamente eso, el hecho de saberse indefensos ante el peligro causa ese pase al tercer eje. Por eso quiero enseñarte técnicas para que estés preparado a las situaciones.

P: Esta bien doc., dígame ¿Qué tengo que hacer?

T: Antes de ponernos en movimiento te quería preguntar si eres alto ¿que no puedes ser?

P: Chato pues.

T: Y ¿si eres feo?

P: (ríe) Bonito.

T: Entonces si estas tranquilo ¿Qué no puedes estar?

P: Ansioso.

T: Perfecto a eso quería llegar. Es porque esas cosas son incompatibles. La relajación se basa en algo llamado inhibición recíproca y consiste en eliminar una sensación poniendo su contraria.

P: Entonces ¿me va a enseñar a estar relajado en los momentos en que debería estar intranquilo?

T: Sí. Entonces la pregunta ahora es la siguiente ¿alguna vez has practicado natación o canto?

P: (ríe) No, nunca.

T: (ríe) No hay problema, lo decía porque las personas que han practicado este tipo de actividades tienden a tener una respiración inter-costal más desarrollada que la media.

P: inter- ¿qué?

T: inter-costal (se para y toma su torso por los costados) nosotros al nacer respiramos bien pero al ir creciendo ejercemos mal la respiración. Aunque por ser algo inconsciente mantenemos una buena respiración al dormir por eso cuando vez a alguien dormir, respira a sus anchas (respira profundo manteniendo las manos en ambos costados) ¿vez cómo se mueven mis manos a los costados?

P: Sí comprendo doc.

T: Lo que solemos hacer, porque nadie nos ha enseñado una correcta respiración, es mantener una respiración de pecho (pone su mano en el pecho he infla el pecho). Entonces como puedes

observar cuando tendemos a estar agitados, apurados o asustados mantenemos ese tipo de respiración (Empieza a respirar rápido por el pecho).

P: Entiendo doc. Pero ¿porque hay tanta diferencia entre una y otra?

T: La respuesta rápida es por los pulmones.

P: ¿Qué tienen que ver los pulmones en esto?

T: Porque estas respiraciones no son más que la manifestación de cómo el pulmón está recibiendo aire. Una respiración de pecho hace que poco del pulmón se llene, por ende, tendremos que respirar más seguido, lo que puede causar una sensación de mareo, agitación e incluso hiperventilación. Por otro lado, la respiración diafragmática o inter-costal hace que el pulmón se llene en su totalidad desplazando el diafragma hacia delante.

P: Entiendo, pero también ¿no podría agitarme con la respiración diafragmática?

T: Por supuesto (respira agitadamente usando la respiración diafragmática) ¿viste? Se puede agitar uno usando también esta respiración por lo que es importante mantener un ritmo.

P: Un ¿ritmo?

T: Sí ahorita veremos eso, pero primero quiero que intentes respirar tú de una manera adecuada.

P: (ríe) De acuerdo.

T: Primero vamos a intentar percibir como se mueven los músculos intercostales (pone las a los costados del abdomen y respira) inténtalo.

P; (realiza el mismo ejercicio que el terapeuta) No siento nada doc.

T: Inténtalo una vez más.

P: (repite la acción) Nada doc.

T: Esta bien, entonces te voy a pedir que levantes los brazos y que apunten hacia arriba (levanta ambos brazos hacia arriba).

P: (realiza la acción indicada por el terapeuta) ¿Así?

T: Exactamente así, ahora respira.

(Paciente respira con los brazos levantados)

T: Retén el aire un momento. (Pasan unos 5 segundos) Ahora puedes botarlo.

(Paciente expulsa el aire y baja los brazos)

T: ¿Sentiste que tu abdomen se inflo más de lo normal?

P: Sí, es una sensación extraña.

T: Genial, eso es lo que debes buscar con la respiración diafragmática. Ahora vamos a ponerle ritmo (terapeuta toma su celular).

P: Verdad ¿a qué se refería con eso?

T: ¿Alguna vez has escuchado hablar sobre el metrónomo?

P: No, nunca.

T: Es un instrumento que se usa para la música. Básicamente lo que hace es dar el tiempo de una manera estable para que los músicos al practicar no se pierdan y vayan interiorizando el ritmo de la música que pretenden tocar.

P: Entonces lo que vamos a hacer es interiorizar un ritmo para la respiración ¿no?

T: Precisamente eso. Pero no todo el trabajo será aquí, también te quedara pendiente practicarlo en casa y donde puedas. En tu teléfono te lo puedes descargar y así practicar. Pongamos un

tiempo cómodo de 45. Entonces cuando lo uses en tu teléfono le pondrás 45 también así será el mismo tiempo.

P: Listo doc.

T: Entonces ¿practicamos?

P: Claro, doc.

(Se practica la respiración diafragmática durante 10 minutos con el metrónomo en el tiempo de 45 pulsos por minuto)

T: Muy buen trabajo, Luis. Ahora, para terminar, en casa vas a practicar los siguientes ejercicios. Primero vas a ponerte cómodo y respirarás como hemos estado practicando 3 veces. Luego vas a hacer puño dos veces en ambas manos. Después vas a flexionar los brazos y luego los estiras hacia adelante, dos veces en ambos movimientos. Luego vas a encoger los hombros como si quisieras llevarlo a las orejas dos veces. Después de eso vas a llevar tu cuello hacia atrás y lo dejas caer adelante, dos veces también. Luego en el rostro, vas a fruncir el ceño, luego apretaras los labios como queriendo dar un beso y arrugaras la nariz en todas dos veces. Después vas a tensar el abdomen como si alguien quisiera golpearte y lo tenías que poner duro, también dos veces. Luego vas a encorvar la espalda hacia adelante también dos veces. Luego vas a tomar todo el aire que puedas dos veces y los dejas ahí por un momento. Finalmente vas a elevar las piernas y vas a estirar la punta de los pies hacia adelante y luego hacia atrás dos veces. Anótalo, por favor. (Realiza cada acción que va dictando para mostrarle al paciente).

P: (anota en su cuaderno de trabajo) Listo doc., ¿qué tanto lo debo practicar en el día?

T: Francamente, te recomiendo dos veces al día. En la mañana y en la noche, pero no sé qué posibilidades tengas de esto ¿habría algún inconveniente con esto?

P: No, ninguna. Yo me levanto temprano.

T: Listo. Así quedamos entonces.

P: ¿Y sigo tomando las pastillas?

T: ¿Qué te ha dicho tu psiquiatra?

P: Que siga tomando hasta la próxima consulta.

T: Entonces no hay porqué contradecirle, él es el que sabe (ríe).

P: (ríe) Sí, tiene razón.

T: Vamos con calma Luis, practica lo que hemos visto hoy y paso a paso el psiquiatra va a ver que no necesitas más medicación ¿de acuerdo?

P: Sí doc.

T: Bueno entonces hasta aquí llegamos por hoy. Ten una buena semana Luis, el mejor de los éxitos.

P: Igualmente doc.

T: Hasta luego.

P: Hasta luego.

Objetivos: Evaluar la relajación progresiva

Realizar una escala emocional idiosincrásica

Técnicas: Relajación progresiva

Escala emocional

Psicoeducación

Al iniciar la sesión se le preguntó al paciente si pudo practicar la respiración y la relajación durante la semana. El paciente responde afirmativamente y que inclusive su ansiedad fue menor pese a que tuvo otro ataque.

Se le pregunta que tanto bajo su ansiedad. El paciente no sabe cómo expresar esa disminución en su ansiedad. Se le explica que es mejor ponerlo en números, sin embargo que es más preciso ponerle un significado a ese número para que sea más personal, ya que a veces los números pueden perder sentido y no reflejar realmente la emoción. A esto se le llama escala idiosincrásica. Se le incita al paciente a poner la mayor situación en la que sintiera ansiedad, la menor y la media, correspondiendo al número 10, 1 y 5 respectivamente. Para luego llenar los demás con otras situaciones.

P: (entra por la puerta) Buen día doctor.

T: Buen día, Luis ¿cómo te ha ido en la semana?

P: Muy bien doctor.

T: ¿Pudiste practicar los ejercicios de respiración y relajación?

P: Sí, solo no pude dos días en la mañana (ojea su cuaderno de trabajo).

T: Perfecto y ¿sentiste algún cambio?

P: Bueno en realidad me he sentido más relajado. Aunque igual durante la semana he tenido crisis de pánico.

T: ¿Cómo así?

P: Bueno lo de siempre, no los he contado todos pero por lo menos uno al día, con las pastillas que me receto el psiquiatra no son tan fuertes pero sí son molestos.

T: Ya veo. Y del 1 al 10 ¿cómo ha sido más o menos tu ansiedad esta semana?

P: (paciente se queda dubitativo) Algo como un 5.

T: ¿Un 5? me parece un número muy estable para sufrir crisis diarias.

P: Entonces ¿un 7?

T: Luis ¿eso representa lo que sentiste o estas adivinando?

P: Algo así me sentí doc.

T: Bueno los números a veces pueden ser un poco imprecisos ¿no?

P: Sí.

T: Por eso antes de seguir avanzando quiero armar una escala emocional contigo.

P: ¿De qué trata eso doc.?

T: La escala de por sí que te pregunto es del 1 al 10 ¿correcto?

P: Sí.

T: Bueno lo que quiero hacer ahora es ponerle significado a cada número. Entonces cuando te pregunte cuánta ansiedad sientes tendrás un indicador para apoyarte y no sentir tanta confusión.

Es más, esto mismo puede ordenarte a ti fuera de sesión ya que será más fácil de identificar en qué nivel de ansiedad te encuentras.

P: Ya ¿Cómo lo hago?

T: Anota una lista del 1 al 10 en tu cuaderno yo haré lo mismo en esta pizarra, lo que vayamos poniendo en la pizarra lo anotas en el cuaderno (enumera del 1 al 10 en la pizarra).

P: (anota en su cuaderno de trabajo) Listo doc.

T: Ahora quiero que cierres los ojos y pienses en la situación que más te haya causado ansiedad.

P: (cierra sus ojos) Sería cuando tuve un ataque de pánico y fue tan fuerte que aunque tomé la pastilla tuve que ir al baño a casi bañarme en el lavatorio de mi casa.

T: ¿Dirías que esa es una sensación insoportable?

P: Sí.

T: ¿Has experimentado esa ansiedad en algún otro momento?

P: No (abre los ojos) pero fue una sensación horrible.

T: Ya veo. Entonces usaremos esa situación como tú 10. Digamos que ese será tu pico en la ansiedad y desde ahí solo empezaremos a bajar. Ahora vamos al 5, piensa en una situación que no sea ni poco ansiosa pero que no llegue a un extremo de ser una ansiedad perturbadora. Pero que si sea como un indicador de que tu cuerpo está manifestando reacción ante la situación.

P: Algo que suelo sentir es que me sudan mucho las manos al sentir una mayor ansiedad.

T: Ya ¿algo más junto con el sudor de tus manos?

P: Bueno, suelo sentir el cuerpo más caliente.

T: ¿Independientemente si hace frío o calor?

P: Sí.

T: Entonces usemos ese referente como tú 5 “sentir que me sudan las manos y que mi temperatura corporal se eleva” ¿de acuerdo?

P: Sí, me parece bien.

T: Ahora vamos al 1 ¿Qué situación genera casi nada de ansiedad o fastidio en ti?

P: mmm... ¿podría ser un poco más específico?

T: Claro, algo que te cause molestia o ansiedad pero a un nivel que tú te dices a ti mismo “bueno puedo manejar esto por mismo”.

P: Ah, en ese caso podría ser algo como “que me dejen un recado a último minuto”.

T: ¿Cómo así?

P: Un recado, un trabajo a último minuto cuando ya te vas o cuando a alguien se le olvidó comprarse algo en la tienda y lo necesitan rápido. Algo con lo que dices ¡pucha que molestia!

T: Ya ¿y eso te causa un ligero malestar?

P: Por supuesto (ríe).

T: Pero no mayor a lo que hemos conversado hace un momento.

P: No, claro que no.

T: Está bien, entonces podríamos usarlo en tu escala como el número 1 o sea el menor referente de ansiedad.

P: (anota en su cuaderno) Listo doc.

T: Listo, ahora que establecimos el inicio, el medio y el final dar con los demás debería ser más sencillo ¿Qué situación es menor que tú 5?

P: Pensar que me dará un ataque de pánico en la semana.

T: ¿Eso en que numero lo pondrías del 2 al 4?

P: Probablemente en el 4.

T: Ya, entonces manejémoslo ahí por el momento no lo anotes en tu cuaderno pero yo lo iré poniendo en la pizarra (anota lo acordado en la pizarra) ¿Que sería entonces menor que tú 4?

P: Tal vez pensar en un ataque de pánico en general o darme cuenta que a esta hora y lugar en donde estoy me podría dar un ataque.

T: ¿Cuál dirías tú que sería un 2?

P: (reflexiona por un momento) Creo que un 2 sería solo pensar en un ataque de pánico.

T: (anota en la pizarra) Y “darme cuenta que a esta hora y lugar me podría dar un ataque” ¿dónde lo pondríamos?

P: Sería un 3 doc. Porque eso me da más ansiedad que el 2.

T: Perfecto, ahora vamos para arriba ¿Qué es mayor que tú 5 pero menor que tú 10?

P: Tener la sensación de que me volveré loco y empiezo a respirar como loco.

T: Ya, ese malestar en ¿qué numero lo pondrías?

P: Mmm... me parece que es un 7 o un 8

T: ¿Te parece si lo dejamos ese por un momento y proponemos otro para ver donde iría cada uno?

P: Está bien.

T: ¿Qué otra situación es mayor que tú 5 pero menor que tú 10?

P: Tener un ataque de pánico que haga que tome mis pastillas.

T: ¿Dónde pondríamos eso?

P: Es mayor que pensar que me volveré loco (se queda pensando).

T: ¿pero esta tan cerca de tu 10?

P: Mmm... sí creo que estaría antes, o sea lo pondría en un 9.

T: Listo (anota en la pizarra) ¿qué sería un 8 entonces?

P: Tener un ataque corto que no requiera que tome mis pastillas (ríe).

T: (anota en la pizarra) Listo ¿ves cómo se hace más fluido una vez ubicas lo principal?

¿Recuerdas la otra situación que no le pusimos número? ¿Dónde la pondrías ahora?

P: La pondría en el 7 (señala hacia la pizarra).

T: (anota en la pizarra) Estupendo y finalmente ¿Qué sería un 6?

P: Un 6 sería sentir que me ahogo.

T: ¿Solo eso?

P: Sí, a veces me pasa.

T: (anota en la pizarra) Ahora mira esta lista ¿hay algo que deberíamos cambiar de lugar o desechar?

P: No, a mí me parece que está bien.

T: Genial, entonces esta será tu escala emocional desde ahora. Cuando pregunte o vayas anotar en tu cuaderno de trabajo guíate de esto para precisar mejor como te estas sintiendo en el momento. Anótala por favor.

P: Listo doc. (Anota en su cuaderno de trabajo)

T: Ahora sí, Luis, te pregunto de nuevo ¿cuál sería la ansiedad promedio que le pondrías a tu ansiedad durante la semana que pasó?

P: (mira la escala en la pizarra) Ahora puedo decirle con seguridad que fue un 7.

T: Estupendo ¿ves cómo se hace un poco más sencillo expresar el grado de ansiedad?

P: Sí.

T: Ahora pasemos a la relajación.

P: Ya, practiqué los ejercicios y la respiración como le comente.

T: Muy bien. Ahora pondré el metrónomo en 45 pulsos por minuto y repasaremos paso a paso las partes que anotamos.

P: Muy bien.

T: Primero vamos a respirar profundamente tres veces al ritmo del metrónomo y que cierres los ojos.

(El paciente respira 3 veces profundamente y cierra los ojos)

T: Ahora voy a pedir que mantengas ese ritmo de respiración y vamos a tensar las manos haciendo puño, sin dolor, solo que se sientan tensas, muy tensas... esas manos.

(El paciente hace puños con sus manos durante 8 segundos)

T: Ahora vas a exhalar y vas a relajar lentamente esas manos, que se sientan relajadas... muy relajadas, esas manos. Sintiendo la diferencia entre tensión y relajación.

(Se repite una vez la indicación de realizar puños con las manos haciendo énfasis en percibir la diferencia entre relajación y tensión)

T: Ahora, manteniendo esa respiración, vamos a flexionar los brazos hacia tu pecho y procura que no haya dolor pero si tensión y percibe la sensación entre estar tenso y estar relajado.

(El paciente flexiona los brazos durante 8 segundos)

T: Ahora exhala y relaja esos brazos. Siente como se relajan esos brazos...de tensos a relajados. Sintiendo como se siente tener los brazos relajados.

(Se repite la indicación de flexionar los brazos)

T: Sigue respirando...ahora vas a estirar tus brazos hacia adelante hasta lograr tensión. Que se sientan tensos esos brazos, bien tensos.

(El paciente estira los brazos durante 8 segundos)

T: Ahora bota el aire suavemente mientras tus brazos se relajan... siente como se relajan tus brazos, sintiendo la diferencia entre tensión y relajación.

(Se repite la indicación de estirar los brazos)

T: Ahora vamos a dar una vuelta más a estos grupos musculares.

(Se repite la secuencia de músculos dos veces)

T: Ahora Luis vamos a respirar profundamente tres veces y vas a abrir los ojos

(El paciente respira profundamente y abre los ojos)

T: ¿Cómo sientes tus músculos, Luis?

P: Bastante relajados.

T: Si tuvieras que ponerle un número en tu escala emocional ¿Cuánto le pondrías?

P: Probablemente un 4 o un 5...casi me quedo dormido.

T: (ríe) Aunque no es el objetivo de este ejercicio, es una buena señal. Nos indica que puedes llegar a un nivel bueno de relajación con este ejercicio. No obstante, si de aquí en adelante no pudieras dormir, esto podría ayudarte a conciliar el sueño.

P: Que bueno doc. Lo tendré en mente.

T: Que bueno, Luis. Ya para terminar quiero darte este modelo de registro, de igual manera te recomendaría que practicaras este ejercicio si quiera una vez al día y que anotes tu nivel de ansiedad antes de hacerlo y después de hacerlo (le entrega registro de relajación al paciente).

P: Listo doc. No hay problema.

T: ¿Tienes alguna duda con el registro?

P: No, ninguna.

T: Está bien, Luis, entonces lo dejamos así por hoy.

P: Listo doc. Hasta la próxima semana.

T: Igualmente. El mejor de los éxitos para esta semana.

P: Hasta luego.

T: Hasta luego.

Objetivos: Evaluar la relajación progresiva

Técnicas: Relajación progresiva

Psicoeducacion

Escala emocional

T: Buen día Luis

P: Buen día doc.

T: ¿Cómo te ha ido con la práctica de la relajación?

P: Bien doc. He estado practicándolo día y noche.

T: Que bueno, hoy vamos a continuar practicando.

P: Muy bien doc.

T: Voy a poner el metrónomo y vamos a respirar tres veces, cerramos los ojos y te iré guiando.

Recuerda prestar atención a la relajación y la tensión.

P: De acuerdo.

(Paciente respira profundamente tres veces y cierra los ojos)

T: Ahora vamos a exhalara el aire y vamos a enfocarnos en el cuello. Inhala el aire mientras llevas tu cuello hacia atrás y siente como se tensa tu cuello...como se vuelve cada vez más tenso, tu cuello.

(El paciente tensa el cuello durante 8 segundos)

T: Bota suavemente el aire mientras llevas tu cuello hasta delante, que toque tu pecho...sintiendo como se relaja tu cuello y notando la diferencia entre tensión y relajación.

(Se repite la indicación de tensar el cuello)

T: Ahora inhala y exhala profundamente. Y quiero que frunzas el ceño, sintiendo como se tensa la frente y la nariz.

(El paciente frunce el ceño durante 8 segundos)

T: Ahora exhala lentamente mientras relajas el rostro. Mientras lo relajas siente la diferencia entre relajación y tensión. Ahora vas a apretar los labios como si quisieras dar un beso poniendo énfasis en cómo se sienten los labios cuando están tensos.

(El paciente tensa los labios durante 8 segundos)

T: Ahora exhala lentamente mientras relajas el rostro y quiero que arrugues la nariz, que se sienta bien tensa esa nariz.

(El paciente tensa la nariz durante 8 segundos)

T: Exhala lentamente el aire al ritmo del metrónomo mientras relajas el rostro, sintiendo la diferencia entre relajación y tensión.

(Se repiten los músculos del rostro)

T: Ahora vamos a prestar atención a tu abdomen. Tensa ese abdomen mientras diferencias un abdomen tenso de uno relajado.

(El paciente tensa el abdomen durante 8 segundos)

T: Bota el aire suavemente mientras sientes como tu abdomen se relaja...que se sienta relajado ese abdomen, mientras sientes la diferencia entre tensión y relajación.

(Se repite la indicación de tensar el abdomen)

T: Exhalamos el aire lentamente y pasamos a la espalda. Encorva esa espalda y que se sienta tensa, muy tensa...esa espalda. Sintiendo como se diferencia una espalda tensa de una relajada.

(El paciente encorva la espalda durante 8 segundos)

T: Exhala el aire lentamente mientras relajas esa espalda, siente como esa espalda se relaja. Sintiendo la diferencia entre tensión y relajación.

(Se repite la indicación de encorvar la espalda)

T: Ahora, vamos a centrar nuestra atención en tu pecho. Quiero que inflas lentamente tus pulmones todo lo que puedas y no dejes que el aire se escape.

(El paciente infla los pulmones durante 8 segundos)

T: Exhala lentamente ese aire... que es pecho se sienta relajado, muy relajado, mientras percibes la diferencia entre tensión y relajación.

(Se repite la indicación de inflar los pulmones)

T: Finalmente, vamos a levantar las piernas y estirarlas lo más que se pueda hacia delante estirando también la punta de los pies.

(El paciente tensa las piernas durante 8 segundos)

T: Exhala lentamente y deja caer tus piernas mientras vas sintiendo la diferencia entre tensión y relajación. Ahora vuelve a tensar las piernas pero las puntas de los pies, ya no hacia adelante, sino hacia arriba.

(El paciente tensa las piernas durante 8 segundos)

T: Ahora exhala suavemente el aire y deja caer nuevamente tus piernas mientras sientes que tan relajadas están... buscando la diferencia entre estar tenso y estar relajado.

(Se repite la indicación de tensar las piernas)

T: Ahora Luis, vamos a respirar profundamente tres veces y vamos a abrir los ojos.

(El paciente respira profundamente y abre los ojos)

T: ¿Cómo te sientes Luis?

P: Bien suelto.

T: Que bueno ¿te parece si volvemos a repasar el ejercicio?

P: Está bien doc.

(Se repite el ejercicio dos veces más)

T: ¿y qué tal ahora?

P: Muy bien doc., como si me hubiera hecho un masaje.

T: Que bueno Luis. Entonces lo dejaremos así por hoy, recuerda practicar esto junto con lo que ya vimos. La siguiente sesión lo haremos todo junto e iremos avanzando un poco más.

P: De acuerdo doc. ¿Cuánto lo tengo que practicar?

T: De preferencia todo los días y si puede ser mañana y noche aún mejor.

P: Listo doc. entonces eso hare.

T: Muy bien, Luis. Hasta la otra semana.

P: Hasta luego doc.

Objetivos: Evaluar la relajación progresiva

Técnicas: Relajación progresiva

Psicoeducación

Escala emocional

T: Buen día Luis

P: Buen día doc.

T: ¿Cómo te fue practicando los ejercicios de relajación?

P: Bien he estado haciéndolo mañana y noche también.

T: Que bien ¿ya has sentido algún cambio?

P: Siento el cuerpo un poco menos tenso.

T: Que bueno hoy repasaremos primero todos los músculos y luego nos centraremos en la sensación pura de relajación.

P: Está bien.

T: Voy a poner el metrónomo y respiraremos tres veces, cerraras los ojos e iremos tensando y relajando los músculos por partes.

(El paciente respira tres veces y cierra los ojos)

T: Ahora voy a pedir que mantengas ese ritmo de respiración y vamos a tensar las manos haciendo puño.

(El paciente hace puños con sus manos durante 8 segundos)

T: Ahora vas a exhalar y vas a relajar lentamente tus manos.

(Se tensa las manos una vez más)

T: Ahora, manteniendo esa respiración, vamos a flexionar los brazos hacia el pecho y procura que no haya dolor pero si tensión y busca la diferencia entre sensación de estar tenso y estar relajado.

(El paciente flexiona los brazos durante 8 segundos)

T: Ahora exhala y relaja esos brazos.

(Se repite la indicación de flexionar los brazos)

T: Sigue respirando, ahora vas a estirar tus brazos hacia adelante hasta lograr tensión.

(El paciente estira los brazos durante 8 segundos)

T: Ahora bota el aire suavemente mientras tus brazos se relajan.

(Se repite la indicación de estirar los brazos)

T: Exhala el aire y vamos a centrarnos en los hombros. Encoge los hombros hasta que se sientan tensos.

(El paciente encoge los hombros durante 8 segundos)

T: Bota el aire y siente como se relajan tus hombros.

(Se repite la indicación de tensar los hombros)

T: Ahora vamos a exhalar el aire y vamos a enfocarnos en el cuello. Inhala el aire mientras llevas tu cuello hacia atrás y siente como se tensa.

(El paciente tensa el cuello durante 8 segundos)

T: Bota suavemente el aire mientras llevas tu cuello hasta delante, que toque tu pecho.

(Se repite la indicación de tensar el cuello)

T: Ahora inhala y exhala profundamente. Quiero que frunzas el ceño, sintiendo como se tensa la frente y la nariz.

(El paciente frunce el ceño durante 8 segundos)

T: Ahora exhala lentamente mientras relajas el rostro. Aprieta los labios como si quisieras dar un beso.

(El paciente tensa los labios durante 8 segundos)

T: Ahora exhala lentamente mientras relajas el rostro y quiero que tenses la nariz arrugándola.

(El paciente tensa la nariz durante 8 segundos)

T: Exhala lentamente el aire al ritmo del metrónomo mientras relajas el rostro.

(Se repiten los músculos del rostro)

T: Ahora vas a tensar el abdomen.

(El paciente tensa el abdomen durante 8 segundos)

T: Bota el aire suavemente mientras sientes como tu abdomen se relaja.

(Se repite la indicación de tensar el abdomen)

T: Exhalamos el aire lentamente y encorva la espalda para tensarla.

(El paciente encorva la espalda durante 8 segundos)

T: Exhala el aire lentamente mientras relajas la espalda.

(Se repite la indicación de encorvar la espalda)

T: Ahora infla lentamente tus pulmones todo lo que puedas y no dejes que el aire se escape.

(El paciente infla los pulmones durante 8 segundos)

T: Exhala lentamente ese aire y siente como se relaja tu pecho.

(Se repite la indicación de inflar los pulmones)

T: Finalmente vamos a levantar las piernas y estirla lo más que se pueda hacia delante estirando también la punta de los pies.

(El paciente tensa las piernas durante 8 segundos)

T: Exhala lentamente y deja caer tus piernas.

(El paciente tensa las piernas durante 8 segundos)

T: Ahora exhala suavemente el aire y deja caer nuevamente tus piernas.

(Se repite la indicación de tensar las piernas)

T: Ahora Luis, vamos a respirar profundamente tres veces y vas a abrir los ojos.

(El paciente respira profundamente y abre los ojos)

T: Muy bien Luis ¿Cómo te sientes?

P: Bien doc., me relaja hacer estos ejercicios.

T: Eso está muy bien ahora vamos a repetir el ejercicio pero ya no vamos a tensar los músculos.

P: ¿Qué vamos a hacer entonces?

T: Solo nos concentraremos en relajar ¿ya puedes distinguir entre un musculo relajado y otro tenso?

P: Sí, eso creo.

T: Muy bien. Primero vamos a imaginar un sitio que sea relajante para ti ¿Qué sitio te gustaría imaginar?

P: A mí me gusta el campo.

T: Muy bien, entonces vas a imaginarte en un campo y así comenzaremos el ejercicio.

P: Primero, respiramos 3 veces al ritmo del metrónomo y cerramos los ojos.

(Paciente respira tres veces y cierra los ojos)

T: Ahora estas sentado en el campo y respirando como lo estás haciendo en este momento. Vas a sentir como se relajan tus manos. Relájalas lo más que puedas y siente como pesan menos cada vez más.

(El paciente se mantiene en la silla con los brazos sueltos hacia el suelo)

T: Ahora vas a exhalar y vas a volver a relajar tus manos.

(Paciente se recuesta en el respaldar de la silla)

T: Ahora, manteniendo esa respiración vas a relajar los brazos lo más que puedas, sin forzar otros músculos sin hacer esfuerzo. Usa la imagen del campo en la que estas para lograr una sensación de relajación en los brazos.

(Transcurren 10 segundos)

T: Nuevamente, vuelve a exhalar, trata de relajar tus brazos y tus manos lo más que puedas sin esforzar tus otros músculos ni distraerte de la imagen del campo que tienes en mente.

(Transcurren 15 segundos)

T: Exhala el aire y ahora vas a relajar tus hombros. Suéltalos lo más que puedas sin que sea una carga para tu cuello ni tus brazos.

(Transcurren 10 segundos)

T: Nuevamente relaja tus hombros. Busca esa sensación de relajación que descubriste después de tensar el musculo.

(Transcurren 10 segundos)

T: Ahora vamos a exhalar el aire y vamos a enfocarnos en el cuello. Siente como toda la tensión de tu cuello va desapareciendo y como la carga es cada vez más ligera.

(Transcurren 10 segundos)

T: Nuevamente trata de relajar todo lo posible tu cuello, sin que eso tense otros músculos.

(Transcurren 10 segundos)

T: Ahora inhala...exhala profundamente y relaja tu rostro. Siente como la tensión en los músculos de tu rostro va desapareciendo y se van sintiendo cada vez más relajados.

(Transcurren 10 segundos)

T: Exhala el aire y vuelve a relajar el rostro.

(Transcurren 10 segundos)

T: Ahora bota el aire y relaja tu abdomen lo más que puedas. Siente como el abdomen se va haciendo cada vez más ligero y la tensión en tus músculos desaparece.

(Transcurren 10 segundos)

T: Vuelve a relajar el abdomen.

(Transcurren 10 segundos)

T: Exhalamos el aire lentamente y vamos a sentir como se relaja la espalda. Cada vez está menos tenso y se relaja más tu espalda a medida que respiras. Se va haciendo menos pesada.

(Transcurren 10 segundos)

T: Exhala el aire lentamente y vuelve a relajar tu espalda.

(Transcurren 10 segundos)

T: Ahora vas a relajar tu pecho todo lo que puedas. Siente como ya no aprieta tu pecho, más bien, se siente relajado, poco pesado y cada vez se siente más placentero tener el pecho relajado.

(Transcurren 10 segundos)

T: Exhala lentamente y vamos a relajar el pecho de nuevo.

(Transcurren 10 segundos)

T: Ahora vas a relajar tus piernas todo lo que puedas. No es necesario levantarlas, desde donde están busca esa sensación de relajación que conoces.

(Transcurren 10 segundos)

T: Nuevamente relaja tus piernas lo más que puedas.

(Transcurren 10 segundos)

T: Finalmente vamos a respirar lentamente y quiero que relajes todos tus músculos lo más que puedas sin ejercer ningún tipo de presión.

(Transcurren 20 segundos)

T: Nuevamente respira lentamente y trata de relajar todos tus músculos.

(Transcurren 20 segundos)

T: Ahora, respiremos 3 veces y abrimos los ojos

(Paciente respira tres veces y abre los ojos)

T: ¿Cómo te sientes Luis?

P: Muy bien, me siento más ligero.

T: ¿Y si lo midieras en tu escala?

P: Un 5.

T: Que bien ¿sientes alguna tensión en tus músculos?

P: No, ninguna.

T: Alguna molestia.

P: No.

T: Muy bien, eso es lo que debes lograr esta semana que practiques la relajación.

P: ¿Ya no tengo que apretar los músculos?

T: De manera individual. Solo si pierdes la sensación de algún músculo en específico, de ahí todo va a ser en la mente. Vas a recordar la sensación de relajación de cada uno. Como hemos hecho ahorita.

P: Anotado doc.

T: Listo, entonces lo dejamos así por hoy, Luis.

P: Está bien.

T: Hasta la próxima semana. Éxitos.

P: Hasta luego doc.

Objetivos: Explicar el RPD

Explicar acerca de los pensamientos distorsionados

Técnicas: RPD

Psicoeducación

Al inicio de la sesión se preguntó cómo le fue en la semana, a lo que el paciente responde que su nivel de ansiedad se encontró en el 6 de su escala de ansiedad. Siendo un nivel más equilibrado, se explicó nuevamente la importancia de los pensamientos en las emociones racionales e irracionales. Se le alcanza una hoja con la información.

T: Buenas tardes, Luis.

P: Buenas tardes, doc.

T: ¿Cómo te ha ido en la semana? ¿Qué tal tu ansiedad?

P: Bien doctor, este fin de semana no tuve ataques de ansiedad y los de la semana, los he podido llevar con mayor tranquilidad que antes.

T: Que bueno ¿tienes alguna idea porque hubo este cambio?

P: Puede ser por el régimen de pastillas que sigo junto con los ejercicios que vamos practicando.

T: Es una posibilidad pero ya que hablaste de los ejercicios cuéntame ¿Cómo te ha ido en la semana con la relajación?

P: Bueno doc. En esta semana pude practicar todos los días pero solo una vez al día.

T: Lo importante es que practiques ¿te ayudó en algo?

P: Sí (extiende su cuaderno de trabajo), anoté en el registro que me dio. Durante la semana, cuando lo hice, estaba en un nivel 7 de ansiedad, después bajo a un 6 y en el fin de semana que no tuve crisis de ansiedad llegué a un 5.

T: Eso está muy bien. Entonces así podemos comprobar que esto va funcionando y sobre todo que sirve para tu caso en particular. Trata de practicarlo a diario.

P: Sí doc.

T: El día de hoy quiero hablarte un poco de la parte cognitiva del tratamiento.

P: Esta bien.

T: ¿Recuerdas que en la primera sesión te hablaba del ejemplo del teatro y como eso generaba emociones distintas?

P: Sí, del joven el señor y la señora.

T: Estupendo. Entonces para poner eso en contexto quiero hablarte de pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales.

P: ¿A qué se refiere con eso?

T: Es como se estructura el pensamiento desde la terapia que yo aplico (dibuja el esquema en la pizarra). La parte más superficial son los pensamientos automáticos ¿recuerdas que ideas te vienen cuando tienes un ataque de pánico?

P: Ideas como “voy a morir” “me volveré loco”.

T: Esas ideas pertenecen a esta parte, son superficiales y automáticos porque vienen de la nada en cualquier situación y sin haber pensado en ellas.

P: Pero entonces ¿son pensamientos aleatorios que aparecen solo porque sí?

T: No, están regidos por una cognición más profunda, que son las creencias intermedias. Estas creencias mantienen las normas, actitudes y suposiciones que hacemos de nosotros mismos, los demás o el mundo. Son más profundas que los pensamientos automáticos y menos visibles a la consciencia.

P: Entiendo pero ¿qué son las creencias centrales entonces?

T: Las creencias centrales son la forma o el matiz con el que nos vemos a nosotros mismos, a los demás y al mundo. Esta creencia suele ser una frase compacta y rige los dos primeros niveles que mencione.

P: ¿Cómo esta idea puede controlar todo lo demás?

T: Pongamos un ejemplo supongamos que tú y yo usamos lentes. Tu unos azules y yo unos amarillos. En ese caso ¿cómo verías la pizarra tú?

P: La vería azul.

T: Y ¿cómo la vería yo?

P: Amarilla.

T: Ahora supongamos que yo hablo del aborto ¿cómo veo la conversación yo?

P: Amarilla.

T: Y ¿cómo ves la conversación tú?

P: Azul.

T: ¿Tú y yo deseamos ver las cosas azules y amarillas?

P: No, es porque tenemos esos lentes puestos.

T: Estupendo, ahora supongamos que mis lentes ya no son amarillos sino que tienen escrito la palabra “soy un idiota” en ella. Y empezamos a conversar sobre autos ¿Cómo veré yo la conversación?

P: En que eres un idiota.

T: Y ¿cómo veré la pizarra?

P: como un idiota.

T: ¿Entiendes la idea? Tener puesto los lentes inadecuados puede hacer que todo a tu alrededor te recuerde lo tonto, feo o desdichado que eres. Pero no es porque quieras, es porque tienes esos lentes puestos. Pero ¿qué haces cuando tus lentes no te gustan?

P: Te los quitas y pones unos que si te gustan.

T: Ese es el papel de la cognición en la terapia. Ir cambiando los lentes. Las creencias centrales son esos lentes. Si están buenos te los quedas pero si no la idea es ir trabajando para cambiarlas.

P: Ahora entiendo mejor.

T: Pero los lentes tienen varias marcas ¿no?

P: Sí, conozco algunas (ríe).

T: Lo mismo con los pensamientos, tienen tipos o distintivos.

P: ¿O sea que se pueden diferenciar?

T: Claro, estos 3 entre si se pueden diferenciar pero aparte hay algo que se llama pensamientos distorsionados. Estos no pertenecen exactamente a una categoría en específico de las que te acabo de mencionar pero suelen estar situados en las dos primeras.

P: (mira la pizarra) ¿en pensamientos automáticos y creencias intermedias?

T: Sí, ahí mismo.

P: Ya veo ¿Cuántos tipos hay?

T: Al principio había 6 pero a medida que se fue profundizando en la terapia se han dividido como en 15.

P: (paciente resopla y ríe) Uff.

T: (ríe) No es necesario que los aprendas todos, sobre todo porque no a todos los casos se aplica todos los pensamientos distorsionados. Van a haber un par en ti que se repitan más y sobre esos trabajaremos.

P: (ríe) Ah ya, comprendo doc.

T: ¿Te parece si repasamos cada uno y vas marcando cual te parece que tienes?

P: Ya.

T: El primero es filtraje, trata de pensarlo como ver solo por un túnel. El túnel solo mira en una dirección, en este caso esta distorsión hace que solo veamos un elemento de la situación sin contar lo demás. Por ejemplo (dibuja en la pizarra) supongamos que te doy una oferta laboral en la que podrás trabajar las horas que quieras pero ganaras la mitad de lo que ganas ahora. Y tú piensas “me quiere explotar” y rechazas la oferta ¿Qué está pasando aquí?

P: Bueno yo no lo rechazaría doc. (ríe)

T: (ríe) Y ¿por qué no?

P: Porque es una buena oferta.

T: Exacto pero en el ejemplo ¿qué está viendo la persona?

P: Que ganará la mitad de lo que gana.

T: Precisamente, se enfoca en solo una parte de la situación y en este caso en particular, de la pérdida que va a sufrir.

P: Ya veo doc.

T: Cada uno tiene su túnel personal, no es cosa de locos. Algunos ven perdida, otros ven ofensas, otras críticas, etc. Hay muchos matices.

P: ¿Entonces lo marco?

T: Si consideras que es algo fuerte en ti puedes irlo marcando para conversarlo después. Vamos al siguiente. Es el pensamiento polarizado, este es el típico “todo o nada” en el que o es blanco o es negro y no existen los grises.

P: Pero doc. ¿Cuál es el problema de eso?

T: piensa que la vida tiene todo tipo de matices y es complicado encontrar extremos reales y puros.

P: ¿Cómo así?

T: Supongamos que existen dos extremos: si no eres útil eres inútil. Te graduaste de la universidad ¿cierto?

P: Sí, es cierto.

T: Genial, eso te haría una persona útil ¿no es así?

P: Claro.

T: Pero no fue a la primera ¿cierto?

P: No, recién a la segunda y en otra carrera.

T: Entonces, según esto una persona que no puede hacer las cosas ¿dónde estaría?

P: En la parte que dice inútil.

T: Pero ¿no acabo yo de decirte que eras útil hace un momento?

P: Es cierto pero influyen muchos factores, tuve una hija y me case...

T: A eso quería llegar. Llevar de un extremo a otro las cosas sin tener en cuenta los factores, no ve la realidad a su magnitud real y de eso hay que cuidarnos.

P: Entiendo doc. anotaré esta porque me parece que si me ocurre a menudo.

T: Entiendo, que bueno que puedas percartarte. Sigamos con el siguiente ¿podrías leerlo tú?

P: (mira la hoja) Sobregeneralización...esta distorsión ocurre por un concluir generalizado a partir de un solo incidente.

T: Hasta ahí ¿Qué entiendes por eso?

P: Bueno, que solo por una situación se crea un conclusión exagerada.

T: Sí, precisamente eso es Luis. (Anota en la pizarra) supongamos que te vas a una fiesta ¿te gusta bailar?

P: (ríe) Obvio doc.

T: Entonces tú vas a invitar a una chica que te parece simpática pero esta te rechaza.

P: (ríe) Mala suerte.

T: (ríe) Claro una persona sin esta distorsión lo vería como “bueno saco a otra persona” pero en la mente de una persona con esta distorsión tendría un pensamiento como “si me rechazo, nadie va a querer bailar conmigo”

P: ¿Por qué?

T: Porque está tomando un solo incidente, que es ser rechazado una vez, y luego concluye de manera exagerada diciendo que nadie va a bailar con él ¿me dejé entender?

P: Sí doc.

T: El siguiente es la interpretación del pensamiento, esto se traduce en que asumimos los pensamientos de otros. Supongamos que ahora llegas a casa y tu esposa no te habla ¿qué pensarías de esto?

P: Pensaría que ella está molesta porque salí muy temprano sin despedirme.

T: Muy bien, de eso trata la interpretación del pensamiento ¿Qué prueba tienes de que las cosas son como tú dices?

P: Suele molestarse por eso.

T: Tú mismo lo has dicho “suele” por lo que hay una posibilidad de que este molesta por otra cosa ¿no es así?

P: ¿Pero entonces porque estaría molesta?

T: Tú ni yo lo sabemos. Ni lo sabremos hasta no preguntarle y podría llegar a ser que si tenías razón.

P: ¿Pero entonces como eso es una distorsión?

T: Claro, pero es que es distinto suponer a asumir. Si uno supone que puede ser por eso, deja la posibilidad al error y actúa en base a ello. Sin embargo si asumes que esa es la única razón, actuaras en base a ello también y es probable que no esté acorde a la realidad.

P: (reflexiona) Mmm... ya veo doc.

T: ¿Tienes alguna duda de ese pensamiento distorsionado?

P: No, no doc. Sí me quedo claro. Estaba pensado que no llegaré a molestarte con mi esposa (ríe).

T: (ríe) Esa es la actitud. Bueno el siguiente es la visión catastrófica (escribe en la pizarra)

P: Usted me mencionó ese término en la primera sesión.

T: Sí, es cierto. Es uno de los pensamientos por los cuales se caracteriza más el trastorno de pánico.

P: Entonces lo marcaré.

T: Primero vamos a ver que es de ahí decidirás si es algo constante en tu vida. La catastrofización es cuando, a partir de un indicio, se piensa en el peor posible resultado aunque el indicio que lo suscito no tenga relación. Por ejemplo, supongamos que a una persona le da dolor de cabeza ¿Qué pensaría una persona sin esta distorsión?

P: “Ya me resfrié”.

T: Muy bien. Pues una persona con una visión catastrófica podría pensar que ese dolor de cabeza es un indicio inequívoco de un aneurisma o un cáncer de cerebro.

P: ¿Es así de extremo siempre?

T: Si bien tiende a relacionarse más con males o catástrofes se puede ver en cosas más cotidianas como “voy a jalar el ciclo” solo porque no estudio para un examen de la universidad. La imaginación es muy florida y por ende las distorsiones también.

P: Oh, entiendo. Bueno a mí me suele pasar, sobre todo cuando tengo ansiedad, así que lo marcaré.

T: Está bien, ahora veremos el de personalización. Esta es la tendencia de relacionar todo lo que pasa contigo. Si alguien está de mal humor y te lo cruzas podrías pensar “de seguro se

enojó porque hice algo” o te comparas “todos están mejor vestidos que yo en la sala de espera” o “se nota que soy el único pobre aquí” entonces todo gira alrededor tuyo de alguna manera, aunque, generalmente es de manera negativa.

P: (paciente ojea la hoja) Esto ¿no es similar a interpretación de pensamiento?

T: Mmm... ¿por qué lo dices?

P: Porque en ambos ejemplos ambos están adivinando que están enojados por su culpa.

T: Ah ya, la diferencia radica en que la interpretación de pensamiento no siempre gira en torno a uno puede “interpretar” lo que le pasa a personas externas a él como figuras públicas, o deportistas porque digamos que “él tiene el don de saber lo que las personas piensan sin equivocarse” por lo que siempre está sumiendo. La persona con personalización siempre concluirá en que es algo relacionado a él “es porque dije esto” o “es porque hice esto” también puede ser “ellos son distintos a mí por esto” o “yo soy distinto a ellos por esto” ¿te quedo más claro la idea?

P: Sí doc. Ya se me hacía raro que se parecieran tanto.

T: No te preocupes, si te sale otra duda me lo dices no más. El siguiente es la falacia de cambio. Este es fácil de ubicar porque tiende a empezar con “si tú” siempre va hacia alguien la responsabilidad de que uno cambie. Por ejemplo “si tú fueras más delgada nuestro matrimonio sería feliz”. Esto es una falacia o mentira porque que un matrimonio sea feliz o no, no depende de si ella es delgada sino de la colaboración de él y de ella ¿podrías poner un ejemplo tú?

P: Creo que sí doc. “si hubieras trabajado bien no estaríamos atrasados en el trabajo”

T: ¿Por qué sería una falacia?

P: Porque independientemente de que si la otra persona trabaje bien o mal no significa que uno se atrase. Eso depende de cómo cada uno administre su tiempo. En el peor de los casos, pudo haber presentado su parte y el atrasado sería el otro.

T: Muy bien, tienes razón ¿entonces no queda dudas de esta distorsión?

P: No doc.

T: El siguiente es la falacia de control, esta se caracteriza por creer que su vida depende de todo lo que pasa a su alrededor o por el contrario que él es responsable de la felicidad o infelicidad de los demás. Un ejemplo del primero sería “una persona con un reloj caro camina por una zona movida de noche y le roban. Esta persona solo culpa al mundo de ser tan peligroso sin darse cuenta que a lo mejor de no llevar ese reloj por ahí, los ladrones no le habrían prestado atención” en el otro caso sería “en tu trabajo una amiga tuya se divorcia de su esposo y se encuentra triste entonces tu afirmas que es tu deber sanar sus heridas porque eres el responsable de que todos estén bien. Es decir tienes la carga de todos” ¿entiendes?

P: Sí, el segundo se escuchar horrible ¿realmente hay gente que piensa de esa manera?

T: Inclusive a veces nosotros mismos podemos pensar de esa manera sin darnos cuenta en el día a día. Por eso es importante estar atento a nuestros pensamientos. Pero sí hay personas que tienden a pensar así como hay otras que tienden a pensar en las otras distorsiones que acabamos de ver.

P: ¿Hay peores?

T: No sé si podría calificarlos como “peores” ya que todas esas formas de razonar erradas vienen de una mala percepción de la realidad y un aprendizaje previo. Por esto mismos no son ideas locas que a uno se le ocurren sino que hay un motivo de porque piensa así.

P: (ríe) Por lo menos yo voy tres no estoy tan loco.

T: (ríe) No te preocupes, todos tienen tendencia a los pensamientos distorsionados. El siguiente en nuestra lista es la falacia de justicia. Esta distorsión trata de aplicar las leyes legales a las relaciones interpersonales.

P: ¿Pero doctor, no es necesario que haya acuerdos entre las personas?

T: Sí, tú mismo lo has dicho: “acuerdos”. Eso quiere decir que los dos o más deben ponerse de acuerdo en ciertas cosas. Pero no existe una corte de la amistad o una corte de la pareja donde se diga a rajatabla que debe hacer o no las personas, entonces al tratar uno de ser o aplicar la “justicia” se tiende o a favorecerse uno mismo o a darse cuenta que este término es muy subjetivo y lo que puedes dar sentado como una verdad absoluta, no lo es para la otra persona.

P: Pero eso parece solo para matrimonios ¿cómo aplica eso a los demás... como a los amigos?

T: Claro, por ejemplo si alguien dijera “si fuera realmente mi amigo preferiría salir conmigo” “si realmente fueras de confianza, me contarías eso” o en el trabajo “si la empresa me apreciara de verdad, me daría un aumento”

P: Ya lo voy entendiendo.

T: Que bueno ¿te sientes algo identificado con este pensamiento?

P: No en realidad no, pero me suena a mi esposa (ríe).

T: (ríe) Como te dije todos tienden a una distorsión.

P: Lo entiendo, aunque me parece algo increíble.

T: El ser humano lo es; es muy polifacético y dinámico, para de un cambio a otro.

P: ¿Cómo puede uno entonces entender la mente humana entonces?

T: Si bien cambia constantemente hay cosas que el ser humano mantiene como estables. Es por eso que existen los tratamientos psicoterapéuticos.

P: Me sigue pareciendo fascinante.

T: (ríe) La psicología lo es. Bueno, retomando nuestra conversación, el siguiente pensamiento distorsionado es el razonamiento emocional ¿a qué te suena eso?

P: ¿A que uno piensa con las emociones?

T: Va por ahí. Esta distorsión se caracteriza por la creencia de que lo que uno siente tiene que ser verdad porque lo siente. Por ejemplo “siento que soy tonto por lo tanto debo ser un tonto” “siento que me engaña por lo tanto debe estar engañándome”. Los ejemplos siguen y siguen con este mismo planteamiento.

P: (paciente se sorprende) Creo que he escuchado muchas veces ese tipo de frases.

T: Sí, esta distorsión suele ser muy abundante debido a muchos factores como lo son los medios de comunicación, la enseñanza y la cultura.

P: Ya veo.

T: ¿Te quedó claro esta distorsión?

P: Sí, aunque no lo identifico como unos de los principales en mí.

T: Vamos bien entonces (ríe). El siguiente es la etiqueta global. Te pregunto ¿cómo calificarías a tu jefe?

P: (ríe) Como un amargado.

T: O sea que un amargado y tu jefe ahora son casi sinónimos.

P: (ríe) Sí algo así.

T: Eso es una etiqueta global.

P: ¿Qué yo diga que es un amargado ya es una distorsión?

T: No necesariamente, porque tu enunciado podría tener cierto grado de veracidad.

P: Lo tiene, no soy el único en el trabajo que piensa que es un amargado.

T: Ahí ya tienes un sustento más real de que tu afirmación podría ser verdad. Pero ¿has pensado si todo el tiempo tu jefe es un amargado?

P: (paciente piensa por un momento) No, no podría afirmar que esta amargado todo el tiempo. Probablemente con su esposa o hijos es un amor, yo no sé.

T: Exacto, eso diferencia a una persona flexible de una con esta distorsión. La etiqueta se pone por una característica en particular de la persona como ser egoísta, tacaño, loco, etc. Lo irracional se da cuando damos por hecho de que es así y que nunca va a cambiar.

P: Comprendo doc. En este caso yo he usado etiquetas, por así decirlo, pero comprendo que eso no está siempre en la persona ¿es eso una distorsión?

T: No, Luis. La diferencia entre las distorsiones y la flexibilidad en el pensamiento es que tú puedes decir “soy una desgracia” o “él es un desgraciado” pero no asumir que esto es verdad sino en un tono más ligero que no compromete tu esquema de creencias. Eso diferenciaría la racionalidad de la irracionalidad.

P: Ya entendí doc. Gracias.

T: Listo, entonces luego de esa distorsión sigue la de culpabilidad. Esta, como su mismo nombre dice, es encontrar al culpable. Tienden a ser los demás, aunque también puede ser uno mismo.

P: ¿Cómo que encontrar un culpable? ¿No es lo que hace la gente que guarda el orden como la policía?

T: Claro pero en ese caso, es su trabajo y dudo que busquen al culpable de cada cosa que les pase fuera del trabajo. En este caso la persona tiene que encontrar al culpable de su infelicidad. Supongamos que vas a comprar pan, vas a la panadería de costumbre y el pan esta malogrado, le reclamas al vendedor y lo culpas de que ahora no tienes que desayunar ¿quién es el causante de la infelicidad ahí?

P: ¿De que yo este infeliz?

T: Sí, en el ejemplo.

P: Pues yo mismo (ríe) solo tendría que hacer que me devuelvan mi dinero y voy a comprar algo que desayunar a otro lado y para evitarme problemas futuros, cambio de panadero.

T: Exacto. En esta distorsión uno se enfrasca en que el otro es el culpable de la infelicidad de uno y que la otra persona no puede hacer nada más que sufrir ante este cruel destino pero no se percata que uno mismo tiene la potestad de elegir como ser feliz o infeliz de manera voluntaria. En el ejemplo nadie te obligó a ir a ese panadero, tú lo elegiste porque era el de confianza para ti pero eso no significa que la infelicidad sea causada por un pan malogrado.

P: Sí, entiendo doc.

T: El otro lado de este pensamiento es ser uno mismo el culpable de las cosas por ejemplo, podría ser en ese caso que tú causaste un mal día al panadero por reclamarle lo del pan y luego fastidiaste la mañana de los demás porque los hiciste esperar detrás de ti por reclamar.

P: Es una manera de pensar muy desagradable, para uno mismo y para los demás.

T: Lo es, sobre todo porque el único herido es uno mismo ¿tienes alguna duda con este punto?

P: No doc. Todo claro.

T: ¿Te identificas con este tipo de pensamiento?

P: No, con este no.

T: De acuerdo. Si quieres detenerte en algún punto para conversarlo, me avisas. La siguiente distorsión es los deberías. Estas son reglas que nos ponemos nosotros mismos, a uno mismo o a los demás, y que asumimos como verdaderas y buenas. Cualquier cosa que no cumpla con esto causa malestar y es tachado como malo. Por ejemplo cuando la esposa piensa “mi esposo debería llevarme a comer los fin de semanas fuera de casa para que yo no cocine si tanto dice amarme” o en relación a uno mismo “debería ser el padre perfecto”.

P: Siento que me ha descrito doc. (ríe)

T: Bueno es probable entonces que esta irracionalidad esté presente en tu día a día.

P: Sí, lo voy a marcar para tenerlo en cuenta.

T: Está bien. Si te percatas, esto está muy relacionado con las creencias intermedias que te comenté ya que las normas tienden a expresarse como “deberías”.

P: Lo tendré presente doc.

T: El siguiente es la distorsión cognitiva de tener la razón.

P: (ríe) ¿cómo es eso doc.?

T: Como su nombre lo dice, la persona trata de tener la razón siempre, mostrando que su punto de vista de cómo son las cosas es el único correcto aunque claramente se demuestre lo contrario. Las personas que tienen este tipo de pensamiento rara vez cambian de opinión porque no ven errores en ello ni tampoco toman en cuenta la opinión de los demás y ¿para que si ellos ya tienen la respuesta? Si te fijas puede ser muy destructivo este tipo de pensamiento porque hace que este a la defensiva de todo.

P: Me percato pero ¿y si realmente uno tiene la razón?

T: ¿Existe la posibilidad de que uno tenga la razón todo el tiempo y a toda hora?

P: Sí existe pero es ínfima.

T: Por supuesto, y dudo que ese porcentaje se de en cada persona que admite tener la razón.

P: Entiendo doc. pero y ¿cómo esto se ve a diario?

T: Sí Luis, Se puede ver en cosas tan simples como “tengo la razón porque soy tu padre”, “yo sé lo que es bueno para ti”, “yo siempre tengo que pensar por los demás”. Claro que si las personas que expresan estos pensamientos son capaces de entender que esto no es una verdad absoluta, no se etiquetaría como distorsión cognitiva ¿tienes alguna duda de esto?

P: No doc. Entendí la idea.

T: Finalmente, el último es la falacia de recompensa divina.

P: ¿Recompensa divina?

T: Exactamente, es como hacer todo creyendo que alguien lleva la cuenta de las buenas y malas obras. Entonces haces las cosas porque sabes que serás recompensado por ellas al final de la vida.

P: ¿Pero eso no es lo que dicen las religiones?

T: Si bien podría relacionarse a las diversas creencias religiones, no vamos a ahondar en ellas. Podemos verlo de un lado más practico como la madre que limpia la casa, es una madre ejemplar, cocina, lava y es buena esposa. Ella cree que por hacer esto será recompensada y reconocida por los demás, especialmente su familia. Sin embargo sus hijos resultan ser malagradecidos y su esposo un abusador. Entonces ella se vuelve retraída por haberse sacrificado tanto sin una recompensa.

P: ¿Por qué esta es una distorsión?

T: Porque la persona se desgasta a nivel físico y mental esperando una recompensa, algo que no está asegurado en ningún lugar.

P: ¿Eso quiere decir que los padres no deberían velar por sus hijos?

T: No me malentiendas. La acción que ella realiza es efectivamente loable pero no sus intenciones.

P: ¿Cómo así?

T: Ella lo hace no porque este convencida de que así deben ser las cosas sino que si así lo hace se verá beneficiada. Las personas tendemos a ver la recompensa en las cosas y eso no está mal pero dado cierto punto nos olvidamos de nosotros mismos por recibir esta “recompensa”.

P: Sigo sin comprender muy bien doc.

T: Claro, no te preocupes, en su momento también se me fue difícil comprender esta distorsión. Tomemos como ejemplo que quieras formar una empresa ¿alguien te asegura que tendrás éxito?

P: No.

T: ¿Formas una empresa porque alguien te dijo que así debes vivir tu vida?

P: No, lo hago porque quiero hacerlo y dar mejor soporte a mi familia.

T: Exacto, esa es la palabra clave “quiero”. Lo haces porque quieres. Como te dije no está mal pensar en la recompensa pero tu motor debe ser el querer hacerlo más que lo que puedes recibir de esto.

P: Pero eso no responde lo de los padres.

T: Hagamos el símil con la empresa ¿en dónde dice que criar a tus hijos de la mejor manera hará que ellos retornen el favor?

P: En ningún lado pero es lo esperado.

T: Exacto es lo esperado pero no obligatorio.

P (se queda pensativo) Cierto, ya comprendo doc. Entonces los padres tratan de dar lo mejor a los hijos porque quieren que ellos se superen y en algún momento ellos tengan el mismo detalle con ellos.

T: Eso mismo, aunque como te comente no está mal que un padre piense que en el futuro su hijo lo atenderá con la misma calidez pero no al punto de desvivirse por ese momento ¿te percatas como la línea entre lo racional y lo irracional se vuelve más estrecha?

P: Sí, me doy cuenta doc. pero ¿cómo uno es capaz de discernir cuando uno tira más para un lado que para otro?

T: claro, Luís. Eso lo vamos a ver en un momento pero ¿te quedo claro esta distorsión?

P: Sí, después del ejemplo y su explicación logre comprenderlo mejor.

T: Muy bien, entonces vamos a ver cómo puedes ir registrando tus pensamientos para ir combatiendo la ansiedad.

Se le pide que grafique 6 columnas en su cuaderno de trabajo y, dentro de las cuatro primeras, ponga situación-pensamiento-emoción-conducta y que las otras dos las deje en blanco por el momento. Luego de esto se pone un ejemplo de su caso en particular para llenar una fila en el registro.

T: Entonces, Luis. Veamos ¿qué situación crees tú que podríamos usar de ejemplo para llenar ese registro?

P: Mmm... ¿Por qué no usamos la primera vez que me dio la ansiedad?

T: Muy bien la primera columna dice situación ¿Qué pondríamos ahí?

P: Estaba en el bus y me dio ansiedad.

T: Genial y ¿qué pensamiento tenías?

P: Algo como “voy a tener un hijo, no quiero a esa chica y encima tengo que trabajar en un sitio que no me gusta. Mi vida no podría ser peor”.

T: ¿Y qué pensaste cuando te dio la ansiedad?

P: algo como “voy a morir”, “¿Qué me está pasando?”, “me volveré loco” o “me dará un paro”.

T: Ya, anota eso en las columnas.

P: (escribe en su cuaderno) En emoción pondría algo como ansioso.

T: Muy bien ¿hubo alguna otra emoción junto con esos pensamientos?

P: Me sentía frustrado... mejor dicho enojado.

T: Ya podríamos poner eso en el cuaderno. Cuando te dio el ataque ¿sentías temor también?

P: Sí.

T: ¿Recuerdas la escala emocional que hicimos?

P: Sí. Aquí la tengo anotada.

T: Muy bien ¿podrías puntuar tus emociones?

P: Claro doc. (ojea sus apuntes en su cuaderno). El miedo yo diría que un 7 y la ansiedad como un 8.

T: Que bien que ya estés usando la escala ¿y el enojo?

P: Comparado con el miedo y el temor me parece que no era muy importante. Yo creo que era un 4.

T: Está bien. Entonces ¿crees que podrías decir que distorsión están puestos en esos pensamientos que te dieron?

P: Son demasiados doc. (ríe) no me acuerdo de todos.

T: Por eso tienes la hoja que te di.

P: Vamos a ver (ojea la hoja con las distorsiones) ¿podría ser catastrófico?

T: ¿Cual pensamiento?

P: El de “voy a morir”.

T: ¿Solo ese?

P: Mmm...también el de “volverme loco” y el de “tener un paro”.

T: ¿Por qué serían catastróficos?

P: porque, como usted, dijo a partir de algo pensamos en el peor escenario posible.

T: Muy bien, Luís ¿entiendes entonces la dinámica de cómo hacerlo?

P: Sí, doc.

T: Muy bien, entonces ese va a ser tu ejercicio desde ahora.

P: Uff ¿tengo que anotar todo?

T: Por el momento si, luego ya solo anotarás lo más importante. El objetivo es que ahorita te acostumbres a estar consciente de tus pensamientos.

P: Está bien doc. ¿Qué pasa si me olvido del cuaderno?

T: No pasa nada, anótalo en tu celular y al llegar a casa lo pasas al cuaderno,

P: ¿Y si me ocurre en un sitio donde no me puedo poner a escribir como una reunión o algo?

T: No pasa nada, antes de irte a dormir tratas de recordar lo que te pasó y lo anotas en el cuaderno.

P Esta bien doc.

T: Listo Luís. Entonces así lo dejamos por hoy, sigue con la relajación y ahora súmale el registro y vamos viendo cómo te va esta semana.

P: Muy bien doc. Hasta luego.

T: Hasta luego, Luis. Éxitos esta semana.

P: Igual doc.

Objetivos: Explicar la exposición interoceptiva

Establecer tareas conductuales

Debatir las creencias registradas en el RPD

Técnicas: Exposición interoceptiva

Psicoeducacion

Tareas conductuales

RPD

T: Buen día, Luis

P: Buen día doc.

T: ¿Cómo te ha ido en la semana?

P: Bien doc. He estado en una ansiedad de 5 en casi toda la semana. El fin de semana estuve tranquilo, solo tuve un episodio de ansiedad cuando ayudaba en el restaurant

T: ¿Y durante los días de semana?

P: Bueno, sí tuve dos ataques de ansiedad.

T: ¿Y qué hiciste para combatirlo?

P: Trate de ver que pensaba y empecé a respirar para relajarme.

T: ¿Y funcionó?

P: Sí, después de unos minutos deje de sentirme ansioso.

T: ¿Del 1 al 10 como fue aminorando tu nivel de ansiedad?

P: Tenía un 8 cuando me dio el pánico y a medida que respire y me acordé de estar atentos a mis pensamientos fui bajando a más o menos un 5.

T: Muy bien ¿Qué pensamiento se te había venido a la cabeza?

P: Tenía pensamientos de (ojea su cuaderno) “me voy a morir”, “voy a volverme loco”, “no puedo controlarme” y “tengo que estar sano”.

T: ¿Estos pensamientos se repiten o son similares en tu registro cuando te da ansiedad?

P: (ojea su cuaderno) Sí, sobre todo el de morir y de estar sano.

T: ¿De qué forma se repiten?

P: (ojea su cuaderno) “No quiero morir”, “dejare a mi familia sola”, “debo estar bien para mantener a mi familia”, “¿qué diría mi esposa si me viera así?” “nunca estaré sano” “moriré enfermo”.

T: Muy bien, vamos a ver tres formas en que puedes combatir esas ideas que te molestan.

P: De acuerdo doc.

T: La primera es por su veracidad. Por ejemplo ¿Qué pruebas tienes de que morirás por estos ataques de pánico?

P: Bueno lo feo que se siente doc. El sudor, el dolor de pecho, el agotamiento. Todo eso me dice que voy a morir.

T: ¿Hay alguna otra prueba que veas que puede justificar que vas a morir?

P: Mmm... no doc.

T: ¿Y que pruebas hay de que no vas morir?

P: Bueno, me ha dado varias veces y hasta ahora no he muerto, pero podría pasar.

T: ¿Hay alguna otra prueba de que no vas a morir?

P: No, doc. No encuentro otra.

T: Muy bien, cuéntame del 1 al 100 ¿cuánto crees que este pensamiento es verdad? o sea que cuando pasa por tu cabeza estas convencido de que así será.

P: Mmm...un 90.

T: Ya cuéntame ¿qué otras situaciones cotidianas para una persona le harían sentir tal malestar?

P: Mmm...tal vez hacer ejercicio.

T: ¿Tú haces ejercicio?

P: Sí, al enseñar en el dojo* (centro de artes marciales japonesas).

T: ¿Y no son sensaciones similares, no te da calentura, agitación u otras afecciones?

P: Sí, pero no me pasa nada, no me doy cuenta.

T: ¿Y porque será eso?

P: Mmm...no sé.

T: ¿Podrá ser porque piensas que es normal sentir eso al hacer ejercicio?

P: Podría ser pero también porque estoy concentrado en enseñarle a mis alumnos.

T: De acuerdo. Vamos a otra situación cuando caminas en pantalón y camisa por un día caluroso ¿no sientes sensaciones similares?

P: Ya veo, sí doc también sudas, te sientes caliente y te agitas.

T: En las dos situaciones que te acabo de decir ¿podrías decir que alguna de ellas te mataría?

P: No, pero podría darte ansiedad y eso sí podría matarte.

T: Podría ser pero con esa lógica ¿no morirían todas las personas que caminan al sol en un día caluroso o los que enseñan algún deporte?

P: (ríe) Tiene razón doc.

T: Entonces una persona llamémosle Luis (ríe) que viaja en un bus a distancias largas para ir a trabajar y siente agitación, sudoración, aumento de la temperatura, sensaciones de ahogo y hasta dolor de pecho ¿tendría alguna posibilidad de morir en esta situación?

P: (ríe) No doc si lo ponemos así, no.

T: Con todo lo que acabamos de ver ¿aún crees que te morirías en un 90 de 100?

P: Mmm...no sería en un 70 o 60.

T: ¿Te percatas un poco de la dinámica?

P: Sí. Ha tratado de demostrar si es real mi pensamiento.

T: Exacto, Luis. Tratamos de verificar si tu pensamiento tiene una base lógica sustentada en la realidad y ya vemos lo que se produce, dejaste de creer tan fervientemente en que esas sensaciones son una premonición de que morirás ¿crees que podrías hacer eso con tus pensamientos cuando vengan?

P: Lo intentaré, pero ¿y si al verificar un pensamiento me percato que sí es verdad?

T: ¿Cómo en qué casos?

P: Supongamos que tengo un mal del corazón y estoy viajando en bus entonces esos síntomas podrían anunciar un paro.

T: Sí eso fuera verdad ¿qué harías?

P: Llamaría a una ambulancia o le diría a alguien que lo haga antes de perder el conocimiento.

T: ¿Podrías hacer algo más?

P: No creo.

T: ¿No habría ninguna otra forma de actuar frente a esa situación?

P: Me parece que no doc.

T: Acabas de responder tu propia pregunta.

P: ¿Cómo es eso doctor?

T: Bueno, ahorita estamos trabajando sobre la premisa de que la idea de morir no es real porque no hay pruebas que lo sustenten.

P: Ya.

T: Pero si fuese verdad habría que actuar como tú bien lo has dicho: llamar una ambulancia o pedir ayuda parece lo adecuado en esa situación.

P: Pero ¿cómo podría entonces hacer frente a mi situación actual?

T: Bueno ¿Sufres de alguna cardiopatía?

P: No doc.

T: ¿Cuándo fue la última vez que fuiste al cardiólogo?

P: Como a inicios de año.

T: ¿Y qué te dijo?

P: Que no tenía problemas.

T: Entonces si durante todos los años que tuviste la ansiedad no tenías una cardiopatía ¿no te parece que sería difícil que ahora la tengas?

P: Mmm...no lo había visto de ese modo.

T: Claro 22 años de enfermedad no te mataron ¿por qué lo harían ahora?

P: Tiene razón doc.

T: ¿Ves que sí había una prueba más de que no ibas a morir?

P: Sí doc.

T: Bueno por otro lado también puedes verlo por su utilidad. Cuando te venga un pensamiento puedes preguntarte qué ventajas y desventajas te trae pensar en eso.

P: O sea ¿por qué me conviene o no pensar en que me voy a morir?

T: Exactamente ¿qué ventaja tendrías?

P: Ninguna.

T: ¿Realmente no hay ni una?

P: Mmm...no. No encuentro alguna.

T: ¿Y qué desventaja habría?

P: No disfrutaría del viaje.

T: Muy bien ¿qué más podrías contar como una desventaja?

P: Haría mal mi trabajo, me daría ansiedad, me molestaría tener que tomar taxi solo para ir a trabajar.

T: Entonces, sopesando ambas partes ¿qué utilidad te da pensar en que te vas a morir al tener ansiedad?

P: Ninguna, creo que voy entendiendo un poco la idea.

T: Que bueno, eso puedes ir haciendo para desmentir los pensamientos que se te aparezcan.

P: Está bien doc.

T: Y de ahí puedes pensar en el peor de los casos, aunque no se aprecia con el pensamiento de la muerte. Tomemos el pensamiento de qué diría tu familia si te viera así.

P: Esta bien.

T: ¿Qué sería lo peor que podría pasar de que te vean teniendo un ataque de pánico?

P: Bueno, que no sería el esposo y padre ejemplar que quiero ser.

T: ¿Qué más podría pasar?

P: Mmm...que se avergonzarían de tener a una cabeza de familia así.

T: ¿Pasaría algo aun peor que eso?

P: Mmm...no se me ocurre nada.

T: ¿qué tu familia piense mal sería lo peor que podría pasar entonces?

P: Sí.

T: Supongamos que es así y se avergüenzan ¿qué pasaría?

P: Me llamarían la atención por ser tan débil.

T: ¿Y eso sería hasta el día de tu muerte?

P: No, probablemente un par de días.

T: Luego se olvidarían ¿no?

P: Sí, aunque a mí me dejaría la molestia.

T: Pero ahí quedaría el incidente.

P: Bueno me pedirían que vaya a tratarme.

T: ¿No pasaría nada peor entonces?

P: No, hasta ahí llegaría.

T: Entonces, lo peor que podría pasar es que tu familia se moleste contigo como por dos días ¿es esto una razón que valga tu ansiedad? Sobre todo cuando hay miles de razones que podrían resultar en que tu familia se moleste contigo por dos días que no tengan nada que ver con la ansiedad.

P: No, pero me molestaría que pase.

T: Sí claro, habría una molestia que sería normal y hasta esperable. Pero ¿sería insoportable esa molestia?

P: No, el fastidio duraría un par de días no más.

T: Habiendo visto las consecuencias ¿es algo catastrófico entonces que tu familia te vea tener un ataque de pánico?

P: No doc. es algo que me causaría incomodidad pero no sería mortal para mí.

T: Exacto, estas tres formas que acabamos de ver las vamos a usar para establecer pensamientos más sanos y acordes a los acontecimientos.

P: ¿Cómo llego a nuevas conclusiones de esa manera?

T: ¿Recuerdas que en tu registro te dije que hagas seis columnas y que dos las dejes vacías?

P: Sí.

T: Genial. Ahora te voy a pedir que las escribas, una es pensamiento alternativo y el otro es resultado.

P: (anota en su cuaderno) Listo.

T: Antes de eso ¿qué tipo de distorsión serían los pensamientos que me has comentado que has tenido en la semana?

P: Uy doc. no me acuerdo (ríe).

T: Tranquilo, no es un examen (ríe), puedes revisarlo en tu cuaderno.

P: (revisa su cuaderno) Mmm...me parece que son catastróficos.

T: Muy bien, sí parece que tienen un matiz más de un pensamiento catastrófico. Me gustaría que lo pusieras debajo de esos pensamientos, en tu cuaderno.

P: De acuerdo.

T: Trata de hacer eso, así te será más fácil responder con respuestas alternativas. Ahora vamos a ver la quinta columna la que dice respuesta alternativa ¿Qué pensamiento podría combatir el de la muerte? Uno con el que te sientas confiado.

P: ¿Cómo confiado?

T: Es que la respuesta alternativa es con lo que vas a responder a ese pensamiento que te perturba como lo es el de morir.

P: Mmm...podría decir que “no sufro del corazón y por eso no puedo sufrir un paro cardiaco”

T: Y ahora que lo dices en voz alta ¿te suena creíble ese pensamiento?

P: Mmm...sí.

T: ¿del 1 al 100?

P: Mmm...un 60.

T: Esta bien ¿podrías usarlo esta semana a ver cómo te sirve contra el pensamiento de la muerte?

P: Sí, claro.

T: Cuando piensas en que no vas a morir por sentir ansiedad ¿cómo te hace sentir?

P: Tranquilo.

T: ¿Si lo midieras en tu escala?

P: Mmm... algo así como un 5 o un 4 diría yo.

T: Muy bien, eso sería el resultado en la última columna. Esta columna es para que anotes lo que terminaste haciendo y sintiendo después de usar el pensamiento alternativo.

P: Comprendo doc.

T: Ahora me gustaría ahondar un poco más en los pensamientos que has tenido. Puede ser que alguna de las preguntas que te haga suenen rudas pero es estrictamente con fines terapéuticos.

P: ¿Los que anoté?

T: Sí ¿recuerdas que hable de una estructura en que se ordenaban los pensamientos?

P: ¿La hoja de los 15 pensamientos?

T: ¿No recuerdas que se separan en pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares?

P: Ah, sí doc. ¿Cómo lo llamaríamos a eso para anotarlo?

T: Podríamos decir que se llama “estructura cognitiva”.

P: (anota en su cuaderno) Listo.

T: Muy bien, entonces, tomemos el pensamiento de que vas a morir ¿Qué sería lo malo de que mueras?

P: Bueno que dejaría a mi familia sola.

T: Ya pero tus hijas son grandes y tú has vivido con tu esposa durante varios años juntos.

P: Sí pero yo ya no estaría para mantener el hogar.

T: Aun así, tienen el dojo y el restaurant.

P: Mmm...pero ya no podría ayudar.

T: Y eso de que no puedas ayudar a mantener el hogar ¿qué dice de ti?

P: Que soy un incompetente.

T: ¿Por qué serías un incompetente?

P: Porque un esposo debe mantener el hogar y criar a los hijos.

T: ¿Eso es lo que crees?

P: Por su puesto doc.

T: Muy bien, ya no pensemos en la muerte, supongamos que otro de tus pensamientos se hace realidad como el de volverse loco ¿qué tendría de malo eso?

P: Que ya no podría trabajar y tendrían que cuidar de mi.

T: Y eso ¿en qué te convertiría?

P: En una carga para mi familia.

T: Pero las personas se enferman a diario, podría no darte por la ansiedad sino por la edad ¿cuál es el problema con eso?

P: No doc., yo no puedo enfermarme.

T: ¿Por qué tú, de entre todas las personas, no puede darse el permiso de enfermarse?

P: Porque eso me haría inútil para mi familia.

T: Entonces para hacer las cosas bien ¿debes estar siempre sano?

P: Así es doc.

T: Acabamos de ver normas algo estrictas en tu manera de pensar ¿te has percatado de alguna?

P: No doc. ¿a qué se refiere?

T: No pasa nada. Detengámonos a pensar un poco. Generalmente empiezan con un “debería” seguida de una frase.

P: Mmm... ¿podría ser que un padre debe mantener a la familia?

T: Muy bien ¿has podido observar alguna otra?

P: La de estar sano.

T: ¿Cómo lo dirías si fuera una norma?

P: Uno debe estar siempre sano para hacer las cosas bien.

T: De acuerdo ¿y cómo te sientes cuando estas reglas no se cumplen?

P: Bueno, me siento mal.

T: ¿Cómo sería mal?

P: Ansioso, molesto o frustrado.

T: Y ¿en qué te convierte el no cumplir estas normas?

P: En un incompetente.

T: Esa sensación de tener que hacerlo bien sin tener debilidades ¿se aplica a otras áreas de la vida a parte de tu familia?

P: Sí, a los estudios.

T: ¿Al trabajo también o a como ves la vida?

P: Sí.

T: ¿Podría ser que por eso no frecuentas mucho los hospitales? ¿Porque te da miedo que encuentren alguna enfermedad en ti?

P: Podría ser, no lo sé.

T: Está bien ¿qué tanto crees en estas normas del 1 al 100?

P: Un 90 debe ser.

T: Digamos que crees bastante en estas normas.

P: Sí.

T: ¿Alguien te dijo que debería ser así o tú mismo llegaste a esa conclusión?

P: Bueno es lo que te enseñan desde pequeño ¿no? que el hombre debe ser el que sustente a la familia y lo de hacer todo bien a pesar de la adversidad.

T: Cuando estas normas no se cumplen como lo esperas ¿qué dicen de ti?

P: Que soy un incompetente, un incapaz.

T: ¿Y cuanto crees que eres un incapaz?

P: Debe ser un 80.

T: ¿Y todo lo evalúas en base a si puedes o no puedes lograrlo?

P: Bueno, generalmente. Como mi vida es mi familia y mi trabajo siempre he estado pendiente de los resultados y de no fallar.

T: Mmm... es probable que sentirte incompetente sea una creencia central.

P: ¿O sea la más profunda?

T: Solo es una hipótesis, pero si en tu vida todo lo has visto de manera si puedes o no lograrlo, es normal que te sientas así de frustrado si no lo logras.

P: Entiendo doc.

T: Bueno por el momento quiero que anotes esas normas y esa supuesta creencia central por ahora.

P: (anota en su cuaderno de trabajo) Listo doc.

T: Entonces con el registro esta semana vas a calificar del 1 al 100 qué tanto crees que son ciertos tus pensamientos negativos y cuando pongas el pensamiento alternativo pon también qué tanto crees en esta nueva idea y vamos a ver si dentro de la semana decrece el nivel de creencia que tienes en esas reglas y en esa creencia de “soy incompetente”.

P: De acuerdo doc.

T: Muy bien. Ahora vamos a ver una técnica que se llama exposición interoceptiva.

P: ¿Qué es eso?

T: La exposición es una técnica en la cual uno se enfrenta a la situación que le genera ansiedad, a fin de que esta disminuya.

P: Suena algo rudo.

T: Dicho de esa manera, sí. Pero la exposición interoceptiva es que aquí, en el consultorio, generemos esas sensaciones que te hacen tener un ataque de pánico.

P: ¿Y cómo generaré ansiedad en este consultorio?

T: No te preocupes, se realiza mediante ejercicios sencillos. Por ejemplo ¿qué sensaciones físicas te da cuando tienes un ataque de pánico?

P: Se me acelera el corazón, siento que me ahogo, me agito, me duele la cabeza y me siento caliente.

T: Muy bien, vamos a buscar que sientas eso para que manifiestes la ansiedad.

P: ¿Y que logramos con que sienta ansiedad?

T: Al tener la ansiedad en un ambiente más controlado, podemos pensar en una estrategia para combatir la ansiedad de una manera más efectiva.

P: Ya, doc. Pero ¿me va a doler?

T: No, pero sí sentirás una molestia ¿crees que podrás hacerlo?

P: Sí usted dice que es necesario, lo haré.

T: No te veo muy decidido, Luís ¿hay algún pensamiento en particular que ronde tu cabeza con respecto a esto?

P: Bueno me da algo de miedo perder el control en el consultorio.

T: ¿Crees que así será?

P: Me parece que es una posibilidad muy fuerte.

T: ¿Qué te parece si lo dejamos como una hipótesis? La otra sesión comprobaremos si realmente perderás el control o no.

P: Está bien doc.

T: Ahora para tu caso vamos a usar tres ejercicios: trotar, respirar rápido y respirar por una cañita (muestra la cañita).

P: ¿Para que la cañita?

T: Para trabajar la sensación de ahogo.

P: Está bien.

T: Vamos a ver rápidamente como se harán los tres ejercicios, cada uno durara entre 1 a 3 minutos. Si en algún momento empiezas a sentirte mal, levantarás el brazo y seguiremos 30 segundos con el ejercicio. Luego de eso evaluaremos el nivel de ansiedad, veremos cómo reducirla y volveremos a repetir el ejercicio hasta que tengas una sensación de control cómoda para ti.

P: Está bien.

T: Ahora vamos a ponernos de pie y trotamos de manera suave unos 10 segundos.

(El paciente y terapeuta trotan de manera ligera durante 10 segundos)

T: Ahora levanta el brazo, eso lo usaremos como indicación para cuando te sientas muy ansioso.

(Paciente levanta el brazo)

P: Entonces, ahí seguiremos trotando durante un poco más y luego nos detendremos a ver cómo reaccionas y qué podríamos hacer para enfrentar la ansiedad.

T: Listo. Si aplicáramos la técnica esperaríamos a que se disminuya la ansiedad menor a un 5 y luego volveríamos a realizar el ejercicio pero como es un ejemplo hasta ahí lo dejaríamos.

P: Claro.

T: Ahora pasemos con el otro ejercicio, vamos a respirar de manera rápida y poco profunda, también durante unos 10 segundos.

(Paciente y terapeuta respiran de manera rápida durante 10 segundos)

T: De igual manera levanta el brazo en señal de que tu ansiedad esta alta.

(Paciente levanta el brazo)

T: Muy bien ahora el ultimo, toma un sorbete y vamos a usarlo para respirar por él también por 10 segundos.

(Paciente y terapeuta respiran por el sorbete durante 10 segundos)

T: Ahora levanta el brazo.

(Paciente levanta el brazo)

T: Muy bien esos son los ejercicios que vamos a practicar en las siguientes sesiones. Te voy a pedir que vengas con ropa cómoda desde ahora.

P: Está bien doc.

T: ¿Tienes alguna duda sobre estos ejercicios?

P: ¿vamos a hacer solo esto durante las próximas semanas?

T: La mayor parte del tiempo, luego iremos viendo tus avances en la relajación y en como afrontas tus pensamientos.

P: De acuerdo doc.

T: Cuéntame un poco, Luís ¿cómo has sentido tus avances desde que empezamos?

P: Bueno muy bien doc. me siento más relajado.

T: ¿Te parece si hacemos un pequeño experimento?

P: ¿Cómo así doc.?

T: ¿A que sitios has dejado de ir desde que sufres de ansiedad?

P: Bueno, sitios que queden muy lejos de casa como la playa, el campo o distritos que quedan al otro extremo del mío.

T: ¿Te parece si comprobamos si ahora podrías hacerlo?

P: Mmm... ¿pero si me vuelve a dar ansiedad?

T: Claro, es una posibilidad. Pero recuerda que sigues en tratamiento, entonces si no puedes no pasa nada.

P: Mmm... ya, suena interesante.

T: ¿A que sitio te gustaría ir?

P: No voy hace tiempo a la playa.

T: Estupendo ¿cuándo crees que sería factible para ti ir a la playa?

P: El sábado o el domingo ¿cree que podría llevar a mi esposa también? Siempre se queja que no la llevo a pasear en fin de semana (ríe).

T: Mmm...uno de tus pensamientos era que te avergonzaría que te dé un ataque frente a tu familia ¿estarás bien si pasa algo? Podría ser contraproducente.

P: Mmm...sí, pero realmente me gustaría que mi esposa me acompañe, como le digo no suelo salir con ella y a lo mejor el cambio de aire nos hace bien.

T: Está bien vamos a ver cómo le haces frente a una situación de la vida real. De todas maneras practica la relajación y usa el registro esta semana. Sobre todo el día que vas a la playa.

P: Está bien doc.

T: Una cosa más, recuerda que no eres invencible, está bien tomarse las cosas con calma.

P: (ríe) Está bien doc., lo haré.

T: Bueno ahí lo dejamos por hoy entonces. Éxitos en esta semana.

P: Éxitos también.

T: Hasta luego.

P: Hasta luego doc.

Objetivos: Llevar a cabo la exposición interoceptiva para la taquicardia

Analizar los pensamientos distorsionados que pueda causar

Comprobar el éxito de la tarea conductual

Técnicas: Exposición interoceptiva

Psicoeducación

Tareas conductuales

Escala emocional

P: Buen día doctor, tengo buenas noticias.

T: Buen día Luís, cuéntame ¿qué pasó?

P: Acabo de pasar consulta en psiquiatría.

T: ¿Ah sí? ¿Y qué te dijo?

P: Me dijo que tomara el clonazepam solo como condicional.

T: Eso está muy bien y tú ¿has notado algún cambio en ti que haya hecho que te reduzcan la medicina?

P: Sí, doc., he estado practicando la relajación y usando el registro esta semana, en realidad me siento más tranquilo.

T: ¿Dónde se encontraría tu semana en tu escala emocional?

P: Desde la última vez que nos vimos, más o menos un 5. He tenido días que no me ha dado ataques de pánico.

T: Esa es una estupenda noticia Luis ¿y qué tal tus pensamientos?

P: Bueno se repiten los mismos (muestra su cuaderno de trabajo), generalmente son de morir, que me dé una enfermedad, volverme loco o que mi familia piense que soy inútil.

T: ¿Y cómo los has combatido esta semana?

P: (ojea su cuaderno) Bueno para las ideas relacionadas con la muerte, empecé a decirme a mí mismo que “si una sensación así me mataría hubiera muerto la primera vez que me pasó”.

T: ¿Y eso te funcionó?

P: Bueno, pasó mi ansiedad que en ese entonces era un 8 a más o menos un 6.

T: Ya y hoy día ¿cuánto crees en el pensamiento de que vas a morir?

P: ¿Del 1 al 100?

T: Así es.

P: Ese día puse que de 80 pasé a 70 pero hoy creo que está en un 60.

T: Muy bien ¿y que tanto crees en que no morirás por la sensación de ansiedad?

P: Un 50 de 100 doc.

T: Bueno eso también está bien, vamos viendo cierto progreso ¿no?

P: Así es doc., aunque me falta mucho aún (ríe).

T: Un poco más de fe Luis. Si te percatas, ya has avanzado más de lo que has hecho desde que te enfermaste ¿no?

P: Sí, en eso tiene razón.

T: ¿Y cómo hiciste con los demás pensamientos?

P: Bueno el de enfermarse me molesta todavía.

T: ¿Ah sí? ¿Cuánto crees en él?

P: Mmm... aún un 80.

T: ¿Cómo hiciste para ir desmintiéndolo?

P: Bueno recordé la conversación con usted, en realidad si tengo una enfermedad, el trastorno de pánico que el psiquiatra y usted me comentó.

T: Ya ¿y cómo eso te ayudó?

P: Me puse a pensar y entonces escribí: “he estado enfermo más de 20 años y he podido mantener a mi familia, puedo seguir haciéndolo”.

T: ¿Y ese pensamiento te ayudó?

P: Sí, me hizo dudar más de mi primer pensamiento pero como me dijo en una de nuestras reuniones, aparecen en nuestra mente sin que nosotros queramos. Cuando me dio, tenía también una ansiedad de 8 pero con ese pensamiento y la respiración pude ir bajando a una ansiedad de 6.

T: Justo sobre eso te iba a preguntar ¿Cómo has ido usando la respiración y la relajación para esto?

P: Bueno apenas voy sintiendo que me va a dar, empiezo a respirar, generalmente siento que mi cuello se tensa entonces cierro los ojos y trato de aflojar el cuello primero y luego voy bajando, aun si estoy parado en el bus ¿está bien aunque no esté sentado como me enseñó?

T: Claro el objetivo de relajarnos como te enseñe es que seas capaz de reconocer que parte de tu cuerpo esta tensa cuando no debería e ir relajando las demás partes como cuando te metes a un buen baño frio cuando te da migraña. Entonces ¿eso te ayuda con tu ansiedad?

P: Sí doc., me permite estar más tranquilo, sobre todo en hora punta que es cuando el bus demora más.

T: ¿Y te ayuda con tu dolor de cuello?

P: En realidad no doc. (ríe), estoy viendo a un masajista que dice que es terapeuta físico, me dice que es una contractura así que también estoy yendo con él ¿no debería dolerme?

T: Mmm...es probable que se te haya contracturado por tanta tensión todo este tiempo pero si ya estás viendo a un especialista no hay problema con eso. ¿Cómo te fue con el pensamiento de volverte loco?

P: Bueno en realidad desde que conversamos, he ido dejando de prestarle atención a ese pensamiento en particular porque pienso “¿estoy enfermo? Sí, pero sigo en mis cabales (ríe) no he matado a nadie y sigo pudiendo enseñar, trabajar y querer a mi familia. Yo sigo dirigiendo mi vida, nadie me controla”.

T: ¿Cuánto crees hoy en ese pensamiento de volverte loco?

P: Debe ser menos de un 40.

T: Eso está muy bien ¿Qué pusiste en tu cuaderno como respuesta alternativa?

P: Puse “yo sigo haciendo mis cosas día a día porque quiero: trabajo, enseño y amo a mi familia por voluntad propia”.

T: ¿Y eso te ayudó con ese pensamiento?

P: Sí, doc. pero no me olvido de todas maneras de respirar.

T: Que bueno ¿y recuerdas las normas?

P: Sí, las tengo anotadas (lee en su cuaderno) un “padre debe siempre mantener a su familia” y “debo estar sano para hacer las cosas bien”. También anoté una ayer que me percate repasando la lista para nuestra reunión de hoy “si no hago las cosas bien soy un fracaso”.

T: Muy bien y si esas normas no se cumplen ¿qué pensabas de ti mismo?

P: Que soy un incompetente.

T: ¿qué tanto has creído en esta semana que eres un incompetente?

P: Esta semana me he ido dando cuenta, no solo en el trabajo, también en el restaurant que mido las cosas por el éxito que puedo dar. No solo a mi si no a los demás, si no puedo hacer algo, me frustro y si tal persona no puede, también me molesto porque considero que deben ser competentes. Por algo están donde están.

T: ¿Entonces una persona es incompetente o competente según su desempeño?

P: Sí, me he dado cuenta que lo veo todo así.

T: ¿Qué tipo de distorsión podría ser de las 15 que conversamos?

P: Mmm... ¿razonamiento emocional?

T: ¿Seguro? ¿No hay otra que a lo mejor lo explique más preciso?

P: (ríe) Déjeme un momento saco mi plagio ¿puedo?

T: Claro, ese cuaderno es tuyo y te servirá hasta cuando ya no nos veamos.

P: (ojea su cuaderno) ¿Podría ser etiquetas globales?

T: Podría ser pero me parece que hay otra que se acerca mejor.

P: Mmm... ¿pensamiento polarizado?

T: Ese, le calza mejor. Recuerda lo que conversamos antes. Ese pensamiento que tienes no deja ver partes intermedias.

P: Mmm...ya doc.

T: ¿Se te ocurre alguna forma de ir desmintiendo esta creencia?

P: ¿Pensar en cosas intermedias?

T: Claro, esa es la respuesta rápida pero ¿cómo lo ponemos en práctica?

P: Mmm...

T: ¿Alguna idea?

P: No doc.

T: No pasa nada. Vamos a ver una técnica que puede ayudarte con eso. (Dibuja en la pizarra) en esta línea vamos a poner en un extremo competente y en otro incompetente. Serán nuestros extremos

P: Ya.

T: Muy bien, supongamos igual que esto va del 0 al 100 ¿a quién conoces que tú digas esa persona es altamente competente?

P: Mmm...un amigo del trabajo, todo le sale bien. Su salón es el mejor del colegio en notas.

T: Ya ¿dónde lo pondríamos a él?

P: En el 100 por su puesto.

T: Ya (anota en la pizarra) ¿a quién conoces que no haga muy bien las cosas?

P: Hay un nuevo chiquito que hemos contratado en el restaurant pero no da la talla. Se para confundiendo de orden o se le caen las cosas.

T: ¿Dónde lo pondríamos a él?

P: Yo lo pondría en 0.

T: Muy bien. Ahora ¿a quién conoces que sepa hacer bien las cosas pero no siempre?

P: Mmm... mi hija menor es muy buena en los estudios pero es algo volada.

T: Ya ¿dónde la pondríamos?

P: ¿Del 1 al 100?

T: Claro.

P: Mmm... la pondría en un 60.

T: Ya ¿y quién lo hace mejor que el chico nuevo que contrataste pero menos que tu hija?

P: Mmm... bueno hay un profe donde yo trabajo que tiene asignado el salón "D". Suelen llamarle la atención seguido porque no sabe controlar a sus alumnos pero lo conozco, sabe bastante.

T: ¿Dónde lo pondrías a él?

P: En un 40.

T: Ya ¿y dónde estarías tú?

P (paciente se queda dubitativo) No lo sé doc. (ríe)

T: Ya. Vamos a ver ¿te olvidas de las ordenes y se te caen los platos?

P: No.

T: Entonces, digamos que por ahora eres más competente que el chico nuevo de tu restaurant.

P: Ya.

T: ¿Te paran llamando la atención por tus chicos en el aula?

P: No.

T: Entonces estarías más arriba que 40 ¿cierto?

P: Así es.

T: ¿Tú paras volado en tu trabajo?

P: No, en realidad paro muy atento.

T: Entonces estas más arriba que un 60 ¿Dónde te pondrías?

P: Un 70 tal vez.

T: Ya pero entonces podemos decir que estas entre un 60 a un 100 ¿cierto?

P: Así es.

T: Ya. Ahora, pusiste a dos personas en el extremo ¿tu colega que hace todo bien? ¿Nunca le han llamado la atención?

P: No sé... bueno una vez su salón no puntuó muy alto en los simulacros de la evaluación PISA* (evaluación internacional del rendimiento académico) que le comente y le mandaron un memo para decirle que sea más exhaustivo en su enseñanza.

T: Ya. Entonces tomando en cuenta eso ¿el amerita un 100 en competencia?

P: Pero igual lo hizo bien al final de los resultados de PISA.

T: Por su puesto, por lo que me comentas es una persona capacitada pero siendo objetivos, Luis, si evaluaran a los profesores ¿eso ameritaría un 100?

P: No.

T: ¿Cuánto le pondrías si fuera una encuesta interna de profesores?

P: Le pondría 90 o 95.

T: ¿Hay alguien más que consideres que debería ir ahí?

P: (se queda pensativo) No...no se me viene nadie a la mente.

T: ¿Y con el chico de tu restaurant que le pusiste 0?

P: ¿Qué tiene él?

T: Ese chico puede que sea un mal empleado pero ¿será incompetente en todo? ¿Qué decía su cv cuando lo contrataste?

P: Que era estudiante universitario.

T: Ya. Y para ser universitario cierto logro hay ¿no? como pasar, por ejemplo, la secundaria.

P: Pero eso no lo hace un buen empleado.

T: Claro pero ser un mal empleado tampoco lo hace incompetente ¿o sí?

P: mmm...es un incompetente como empleado.

T: Recordemos nuestra conversación hace unas semanas. El hecho de que no te hayas titulado a la primera y sigas en bachiller en economía diría que no has sido capaz de terminar una carrera ¿cierto?

P: Ya.

T: Pero en efecto terminaste otra carrera, trabajas en distintos sitios y ahora cursas una maestría ¿no te hace una persona competente eso?

P: Sí, también.

T: Entonces ¿por qué este chico solo por ser un mal mesero merece un 0?

P: Tiene sentido lo que dice aunque sigo sin estar muy convencido.

T: Es normal esa idea no se irá de la noche a la mañana pero ahora que sabes que en efecto tu empleado tiene ciertos logros ¿dónde lo pondrías?

P: Mmm...lo pondría en un 10 o un 20.

T: Muy bien (escribe en la pizarra) Ahora que tenemos todo puesto ¿a cuánto estas de la competencia?

P: A 30 puntos.

T: ¿A cuánto estas de la incompetencia?

P: A 70 puntos.

T: ¿Encuentras a alguien absolutamente competente?

P: No.

T: ¿Encuentras a alguien absolutamente incompetente?

P: Tampoco.

T: Entonces ¿quiénes quedarían?

P: Las personas en el medio.

T: Claro, personas como tú o como yo, ciertamente competentes en algunas cosas, no tan doctos o eficaces en otras ¿o dudarías de que tu hija es una buena medico?

P: No, por supuesto que no.

T: ¿Y podrías afirmar que ambos de tus compañeros hacen su trabajo de una manera aceptable y que hasta ahora no se les ha despedido?

P: Hasta ahora (ríe).

T: Y te aseguro que si supiéramos más de tu empleado podríamos irlo escalando un poquito en la línea pero ¿me entendiste la idea?

P: Sí, de demostrarme que no soy incompetente.

T: Más que demostrarte que no lo eres, lo que trato de mostrarte es que no hay extremos: ni uno perfectamente competente ni otro perfectamente incompetente.

P: Ya.

T: Entonces ¿te parece si lo copias en tu cuaderno a modo de guía para cuando te agobie ese pensamiento?

P: Esta bien (anota en su cuaderno).

T: ¿qué te parece si escribimos un pensamiento algo más flexible sobre la competencia o no de alguien?

P: Me parece bien.

T: ¿Qué se te ocurre?

P: Mmm... ¿a veces somos competentes o incompetentes?

T: Tiene cierta parte de verdad pero con ese enunciado aún se podría caer en la polarización. que tal si ponemos algo como “puedo hacer las cosas que conozco de una manera satisfactoria y resolver las cosas que no domino. En ambas puedo equivocarme de vez en cuando”.

P: Ya ¿la puede repetir para copiarla?

T: Pero Luis, primero dime que te parece esa idea ¿suena convincente para ti?

P: Sí doc.

T: Esta bien, entonces lo voy a poner (escribe en la pizarra).

P: (escribe en su cuaderno) Listo.

T: Listo, ese pensamiento te lo recomiendo leerlo a parte de cuando te vengan pensamientos relacionados con la incompetencia, en la mañana y en la noche.

P: ¿Para qué doc.?

T: Bueno supongamos que hay dos brazos que hacen pesas. Uno está todo fuerte y otro flaco ¿por qué podría ser?

P: Porque uno hace más ejercicio que el otro.

T: Exacto. Así son los pensamientos irracionales. Se han fortalecido a través del tiempo, lo que hay que hacer es ir fortaleciendo los racionales.

P: Esta bien.

T: Ahora cuéntame ¿cómo te fue con el pequeño experimento que quedamos en hacer la semana pasada?

P: Ah ¿lo de ir a la playa?

T: Sí ¿cómo te fue?

P: Bueno fue bastante bien, hasta que entramos a la panamericana. Me empezó a doler el cuello, me sentía agitado, y empecé a respirar más rápido.

T: ¿Y dónde estaba tu esposa?

P: Estaba sentada al lado mío.

T: En ese momento ¿cómo era tu ansiedad?

P: Como un 8.

T: ¿Y qué hiciste?

P: Mire a mi esposa, ella me miró con cara de preocupación y le dije “no te preocupes”. Empecé a respirar y me puse pensar en lo que conversamos “que esta enfermedad se caracteriza por esas sensaciones raras, que yo interpreto como catastróficas”.

T: ¿Y qué pensamiento usaste para combatirlo?

P: Me empecé a repetir que “esta ansiedad no me iba a matar ni a superarme y que yo podía controlarla con lo que he aprendido”.

T: ¿Y cómo eso afectó tu ansiedad?

P: Fue bajando lento pero llego a un 5.

T: ¿Y cuánto tiempo habrá durado?

P: Más o menos unos 5 minutos pero para mí habrá sido como una hora (ríe).

T: ¿Y cómo actuó tu esposa?

P: En realidad fue muy comprensiva, no me lo esperaba estando en público.

T: ¿Cómo ayudó eso a tu idea de que te avergonzaba que te vean sufrir un ataque?

P: Bueno los demás pasajeros me importan poco pero que mi esposa me viera así si me daba pavor.

T: ¿Y qué conclusión pudiste sacar de todo eso?

P: Bueno que mi esposa no me ve mal, más bien, se preocupa por mí.

T: Eso está muy bien y después de ese episodio ¿no te dio más de ansiedad? ¿ni de regreso?

P: No, llegamos a la playa y en verdad fue un momento bastante ameno con mi esposa. Claro ambos no sabemos nadar así que solo nos mojamos los pies (ríe).

T: Que bueno y ¿cómo te fue de regreso?

P: De regreso estaba más tranquilo, ya casi llegando a lima como que me quería dar, sentía esa sensación rara en el cuerpo pero me puse a respirar unos 5 o 6 minutos y me pasó aun así saqué mi cuaderno y busqué frases que había hecho con usted para ir las repitiendo.

T: Muy bien, Luis. Eso está muy bien ¿y entonces ahora crees que puedes hacer trayectos más largos?

P: Más o menos, sí.

T: ¿Del 1 al 100?

P: Yo creo que en un 60.

T: Que bueno. Mira estamos en un ambiente distinto porque hoy toca el primer ejercicio de los que practicamos la sesión pasada ¿estas cómodo así?

P: Sí doc., déjeme quitarme la casaca.

T: Listo. Entonces voy a poner el cronómetro. Recuerda que cuando empieces a sentir ansiedad, levantas el brazo. Seguiremos un momento más y luego pararemos.

P: De acuerdo doc.

T: Una indicación más, cuando empecemos el ejercicio no vamos a hacer uso de la relajación ni saldremos por ningún motivo de la habitación hasta terminarlo.

P: ¿Por qué?

T: Porque puede ser contraproducente.

P: ¿Cómo se aminorará mi ansiedad entonces?

T: Iremos desmintiéndola de a pocos.

P: Esta bien doc., lo dejo en sus manos (ríe).

T: Bueno, entonces empezamos vamos a trotar durante 3 minutos.

(Paciente y terapeuta trotan durante 3 minutos)

T: ¿Alguna sensación Luis?

P: No, ninguna doc.

T: Muy bien, entonces vamos a hacer otros 3 minutos.

(Paciente y terapeuta trotan durante 3 minutos)

P: Aún nada doc.

T: Vamos a intentarlo de nuevo y esta vez trata de concentrarte en cómo se siente tu cuerpo.

P: (respira profundo) Listo doc.

(Paciente y terapeuta trotan durante 2 minutos y el paciente levanta el brazo)

T: Ya, baja el brazo y sigamos trotando por otros 30 segundos.

(Trotan durante 30 segundos más)

T: Siéntate un momento ¿en qué nivel esta tu ansiedad?

P: (se sienta) En un 8.

T: ¿Qué pensamiento tienes?

P: Que mi corazón va a estallar.

T: ¿Algo más?

P: (paciente jadea) Que me va a dar algo.

T: Concéntrate en esas sensaciones, no quiero que trates de usar la relajación.

P: (respira agitado y se toma el pecho) ¿Cómo voy a hacer para sentirme mejor?

T: Vamos a esperar.

P: (respira agitado) ¿Cómo?

T: Escúchame ¿dónde estamos?

P: (jadea) En el hospital.

T: ¿Qué estábamos haciendo?

P: Trotando.

T: ¿Y cómo te sientes ahora?

P: Ansioso.

T: ¿Y tu cuerpo?

P: Mi corazón rebota y siento que me quedo sin aire.

T: ¿Y por qué pasó esto?

P: porque estábamos haciendo ejercicio.

T: ¿en qué nivel sigue tu ansiedad?

P: En un 7.

T: Nuevamente ¿Qué estábamos haciendo?

P: Trotando.

T: ¿Y que causó eso?

P: Que me agite y el corazón se me acelere.

T: ¿Qué queremos lograr?

P: Que soporte mi ansiedad.

T: Bien repite esta idea y cada vez que sientas que la ansiedad va bajando, me vas a ir diciendo.
Yo estaré aquí frente tuyo, solo no uses ningún método para relajarte por ahora.

P: (paciente y trata de sentarse en una postura cómoda y reclina la cabeza hacia atrás)

(Pasan 3 minutos)

P: 6.

T: Ya, sigamos así.

(6 minutos después)

P: 5.

T: Lleguemos a cuatro y descansamos.

(2 minutos después)

P: 4.

T: Listo ahora vamos a tomar un descanso y vamos a respirar unos 5 minutos.

(Paciente y terapeuta respiran durante 5 minutos)

T: ¿Cómo te sientes? ¿Más tranquilo?

P: Sí.

T: Entonces vamos a hacerlo de nuevo ¿te parece?

P: Esta bien doc.

(Se repite el mismo procedimiento 3 veces)

T: Muy bien ¿cómo te sientes?

P: Como si hubiera corrido una maratón o una montaña rusa, en realidad no fue nada placentero.

T: Ves cómo llegamos a provocar un ataque de pánico aquí en la comodidad del consultorio.

P: Sí ¿por qué pasó eso?

T: Dímelo tú ¿qué fue lo único que hicimos?

P: Lo único que hicimos fue trotar un rato.

T: ¿Y eso es una actividad mortal?

P: No, no lo es.

T: ¿Fue una sensación similar a los ataques que te dan?

P: Sí, bastante parecido.

T: ¿Y qué hiciste aquí?

P: Lo soporté como los machos (ríe).

T: Entonces si es una sensación similar ¿no crees que podrías hacer lo mismo cuando te de fuera de la sesión?

P: No estoy muy seguro, pero creo que con lo que viví aquí hoy vale la pena intentarlo

T: Muy bien, entonces ¿qué tal si practicas esto una vez al día por 5 minutos? de preferencia cuando tengas tiempo de sentarte y dejar que la ansiedad vaya aminorándose como lo hemos hecho aquí.

P: Ya pero ¿y si la ansiedad es mucha?

T: Seguirás sentándote y repitiendo los pensamientos que hemos repetido aquí, la relajación la vas a hacer solo cuando tu ansiedad baje a 5 o menos ¿de acuerdo?

P: Esta bien.

T: Listo Luis, entonces hasta aquí dejaremos la sesión por hoy.

P: Sí iré a bañarme con urgencia (ríe).

T: Yo aún tengo que terminar el turno. Así que tendré que esperar (ríe). No te olvides la otra semana también ven con ropa de deporte.

P: Listo, chau doc.

T: Hasta luego Luis.

Objetivos: Llevar a cabo la exposición interoceptiva para la hiperventilación

Analizar los pensamientos distorsionados que pueda causar

Comprobar el éxito de la tarea conductual

Técnicas: Exposición interoceptiva

Psicoeducación

Tareas conductuales

Escala emocional

T: Buen día Luis.

P: Buen día doc.

T: ¿Cómo te fue en la semana?

P: Fue una experiencia muy particular.

T: ¿Cómo así?

P: Bueno pasé de sufrir ansiedad a provocármela deliberadamente. Eso no suena normal (ríe).

T: Bueno, si lo ves desde ese punto, no parece algo que haría una persona de manera cotidiana pero ponte a pensar que las personas no suelen tener ataques de ansiedad.

P: En eso sí tiene razón doc.

T: Entonces, a veces, nos va a tocar hacer cosas un poco más allá de lo común pero cuéntame ¿Cómo te fue con el ejercicio durante la semana?

P: Bueno, sí me causo ansiedad (ojea su cuaderno) por ejemplo un día sí me dio un 8 y tuve que estar como 15 minutos sentado para que la ansiedad bajara.

T: ¿Cómo supiste cuando parar?

P: Bueno, primero levante el brazo (ríe). Luego me di cuenta que no tenía porque.

T: (ríe) ¿Y qué hiciste?

P: conté en mi mente otros 30 segundos.

T: Ya, aunque pudiste poner el cronómetro de tu celular.

P: Lo conté con mi reloj (muestra el reloj en su muñeca).

T: Muy bien y ¿qué hiciste luego?

P: Empecé a recordar lo que conversamos: que esta sensación de que se me acelera el corazón y que me siento caliente es similar a mis ataques de ansiedad pero que yo me he provocado. También pensé que lo único que había hecho era trotar y que esto iba a pasar porque lo conversamos la otra vez.

T: Y en ese momento ¿cuánto pensaste que ibas a morir del 1 al 100?

P: Al principio probablemente como un 70, conforme fui pensando en nuestra conversación y pasando el tiempo esa idea perdió fuerza.

T: Y ¿cuantos ataques de pánico has tenido esta semana?

P: Bueno, dentro de la semana he tenido ataques 3 días.

T: ¿cómo te ayudo el ejercicio de trotar?

P: Bueno, cuando me daba la ansiedad sentía que estaba trotando de nuevo así que podía soportarlo y dejar que vaya bajando la ansiedad.

T: Ahora que te percatas de eso ¿es una situación insufrible como mencionabas antes?

P: Ya no, ahora puedo soportarlo como los machos (ríe).

T: ¿Qué bien y cuanto crees hoy en que vas a morir?

P: ¿Ahorita? Un 50 o 40.

T: ¿Y que te vas a volver loco?

P: Esta semana esa idea no se me ha cruzado, como le comenté con nuestras conversaciones me siento más sano, no cuerdo (ríe), pero tampoco un desquiciado.

T: (ríe) Si lo tuvieras que poner en números ¿Cuánto sería?

P: Fácil un 30 o 20.

T: Eso está muy bien y la idea de que tu familia se avergonzaría de ti ¿sigues creyendo en esa?

P: Es curioso doc., esa idea es menor pero no por nuestra conversación, me fui dando cuenta de eso cuando mi esposa me vio preocupado en el bus, cuando me fui con ella a la playa. Su rostro no era despectivo sino, más bien, como de una madre. De regreso conversé con ella y me dijo que si me iba a volver a dar de regreso y le dije que no estaba seguro pero que no es algo peligroso para mi salud. Ella se sintió más aliviado y fui entendiendo que fui yo el que pensó que se avergonzarían de mí.

T: Eso es muy bello Luis ¿ahora cuánto crees en esa idea?

P: Bueno, más o menos un 30.

T: ¿Consideras que predomina en ti aún?

P: A veces viene pero me pongo a hacer otra cosa y como no le hago caso, se va.

T: Muy bien y ¿cómo va esa creencia de ser incompetente?

P: Déjeme contarle algo gracioso doc.

T: Mmm...ya.

P: ¿Recuerda esa línea que hicimos la otra vez que anotamos a mi hija y a mis colegas?

T: Sí ¿ocurrió algo?

P: No doc. ¿Recuerda al chico que contraté?

T: Sí, claro al que lo pusiste muy abajo.

P: Sí, bueno resulta que es becado por excelencia.

T: ¿En serio?

P: Así es, conversé con él y me comentó que cuando no trabaja se la pasa estudiando.

T: Entonces que lo habrás situado más alto en tu línea ¿no?

P: Justo a eso iba doc. Entonces me puse a pensar que no debe ser un 20 o 30. Lo respeto más al chico aunque siga siendo descuidado como mesero.

T: ¿Y te dejó alguna enseñanza ese descubrimiento?

P: Sí, cuando revise el nuevo pensamiento que me hizo copiar (lee su cuaderno de trabajo) “puedo hacer las cosas que conozco de una manera satisfactoria y resolver las cosas que no domino. En ambas puedo equivocarme de vez en cuando”. Ahora me parece más convincente.

T: ¿cuánto crees que esta es verdad?

P: Puede que un 60.

T: ¿Y en que eres un incompetente?

P: Un 40 o 50.

T: Muy bien ¿te percataste si continuas viendo todo en competencia o incompetencia?

P: Bueno, aún algo (ríe).

T: ¿Cómo en qué?

P: El otro día tenía que terminar un papeleo en el colegio y todos ya habían acabado pero yo no. Me quedé hasta tarde para poder dejarlos listos.

T: ¿Y cómo interpretaste eso?

P: Que los demás eran más capaces y que no lo hacía lo suficientemente bien.

T: Ya y ¿cómo saliste del apuro?

P: Me concentré en el papeleo hasta que lo acabe, después ya no me venía ese pensamiento.

T: Ya o sea ¿evitaste el pensamiento?

P: Sí, eso creo.

T: Muy bien. Es bueno pero aún mejor sería reemplazarlo.

P: También pensé en eso pero recordé que me dijo que la realidad también podía ser negativa.

T: ¿Cómo así?

P: De que si busco evidencia en lo que pasa esto también puede ser negativo. En lo que le comenté doc., yo sí me demoré y ellos sí terminaron antes.

T: Pues sí, Luís. Por lo que me comentas, en eso tienes razón.

P: Entonces ¿con qué reemplazaría ese pensamiento si en este caso ellos si fueron más hábiles que yo?

T: Miremos un poco la situación global y veamos si es tal como dices. Primero ¿llegaste a la misma hora que los demás profesores a hacer el papeleo?

P: No, tuve reunión con la directora en la mañana y luego tenía que dar nivelación a los demás.

T: Entonces llegaste tarde.

P: Sí.

T: ¿Y ellos más o menos a qué hora llegaron?

P: Bueno, algunos a medio día y otros desde la mañana porque no tenían más clase que la tutoría en la mañana.

T: Entonces si empezaste tarde ¿eso te volvería incompetente?

P: Bueno si hubiese sido lo suficientemente bueno, los hubiese alcanzado.

T: ¿No es una exigencia muy alta eso?

P: Podría ser.

T: Independientemente de eso ¿no crees que el foco de tu atención está en otro lado?

P: ¿Qué quiere decir?

T: Muchos de los profesores, por lo que dijiste, no hicieron más que dar una clase en todo el día ¿qué hiciste tú?

P: Di tutoría, tuve la reunión y luego me quede a dar nivelación.

T: Y además te quedaste hasta tarde dejando listo el papeleo ¿ese día lleno de trabajo vendría de una persona incompetente?

P: Bueno no.

T: ¿Ves a lo que me refiero? te enfocaste en el solo hecho de que no terminaste al mismo tiempo que ellos y te descalificaste a pesar de que tu día fue muy productivo.

P: (chasquea la lengua) Hice exactamente lo que decíamos que no había que hacer cuando conversábamos de los tipos de pensamiento.

T: Que bueno que te das cuenta ahora.

P: Pero hubiese sido mejor darme cuenta en el momento.

T: Sí pero ahora ya tienes experiencia en ello.

P: Entonces cuando piense que soy incapaz recordaré revisar mi día y qué he hecho.

T: Muy bien y no te olvides de la idea que anotaste en tu cuaderno. Lo ideal es que con ella tu creencia de incompetencia se vaya disminuyendo.

P: ¿Y cuándo revise mi día, mis acciones y no llegue a hacer algo de una manera competente?

T: En ese momento abrirás tu cuaderno de trabajo y leerás en voz alta si es necesario la creencia que conversamos la otra vez y que anotaste en tu cuaderno. Recuerda que no somos perfectos, no todo nos puede salir bien siempre, Luis.

P: Está bien doc.

T: Bueno pasemos a lo que nos reúne hoy día. Te pregunto como la otra vez ¿Estas cómodo?

P: Si doc. Ya se lo que se viene así que vine más liviano (ríe).

T: (ríe) Muy bien, esa es la actitud. No más unas indicaciones puntuales.

P: Ya.

T: Esta y la próxima sesión serán ejercicios relacionados con respirar y eso es un tema que hay que ver con cuidado. Hoy trataremos de emular la sensación de hiperventilación que te da cuando tienes un ataque entonces es probable que sientas nauseas o mareos.

P: Eso ya lo había mencionado.

T: Claro pero como la necesidad de respirar te hará menos racional, ya que tu instinto de supervivencia te dirá que necesitas respirar, hay que tener cuidado de que te engañe.

P: ¿Cómo así?

T: Que aunque sientas náuseas y mareos estas en un ambiente controlado y por más rápido que respiremos de manera voluntaria, no podrás desmayarte o perder el conocimiento.

P: ¿Está bien?

T: Quiero que lo tomes en cuenta porque la falta de aire o su exceso pueden ponernos más ansiosos de lo esperado.

P: No hay problema doc.

T: Muy bien, entonces la misma indicación que la sesión anterior, vamos a respirar rápido por 3 minutos, cuando sientas ansiedad levantarás el brazo y seguiremos por 30 segundos más, luego veremos las ideas que te agobian e iras dejando que la ansiedad disminuya por sí sola ¿de acuerdo?

P: Sí doc.

T: Listo. Entonces, empezamos, voy a poner el cronómetro. Trata de relacionar las sensaciones que sientas con los ataques de pánico que te suelen dar.

P: Listo doc.

(Paciente y terapeuta respiran rápido durante 2 minutos y medio. El paciente levanta el brazo)

T: Ya te vi, vamos a continuar 30 segundos más.

(Paciente y terapeuta respiran rápido durante 30 segundos más)

T: ¿En qué nivel esta tu ansiedad, Luis?

P: (respira agitado) 8.

T: ¿Surge algún pensamiento distinto a los demás?

P: No. Son relacionados a la muerte.

T: Entonces ya sabes cómo hacerles frente, recuerda evaluar lo que te rodea.

P: (se sienta y observa sus alrededores) Ya, doc.

(Pasan 8 minutos)

P: 7.

(Transcurren 5 minutos)

P: 6.

(Transcurren 6 minutos)

P: 5.

(Transcurren 2 minutos)

P: 4.

T: Muy bien Luis. Cuéntame un poco ¿cómo hiciste tú para reducir la ansiedad?

P: Cuando me dijo que observe los alrededores me fije en que estaba en un hospital o sea que si de verdad me daba algo emergencia está a unos pasos (sonríe).

T: Muy bien ¿qué más hiciste.

P: Recordé la plática de la otra vez y pensé “esto me lo provoque yo mismo respirando apurado, entonces también podía calmarme yo mismo”.

T: ¿Sentiste náuseas o mareos?

P: Sí ambas.

T: ¿Fueron horribles?

P: Sí (ríe).

T: ¿Pero fueron insuperables?

P: No doc. Aunque ¡qué bueno que desayune poco! (ríe).

T: (ríe) Muy bien, descansaremos unos 5 minutos y luego retomaremos el ejercicio ¿de acuerdo?

P: Esta bien.

(El ejercicio se repite 5 veces más hasta que la ansiedad decrezca hasta el nivel 4).

T: Muy buena sesión, me parece que le vas agarrando el truco a la exposición.

P: Gracias doc., en realidad llega un momento en el que como que se normaliza la sensación.

T: Así es, y veremos qué efecto tiene en tus ataques esta semana.

P: Ya.

T: Quisiera que practicaras esto en el mismo horario que hacías el trote ¿habría algún problema con esto?

P: No ¿sigo haciendo el trote?

T: Preferiría que te concentres en esta nueva sensación del ejercicio pero si gustas puedes alternar en los días o hacerlo una vez a la semana porque al fin y al cabo el fin es el mismo, que vayas perdiendo miedo a la sensación de ansiedad.

P: De acuerdo doc. entonces practicare la respiración diariamente ¿Cuánto tiempo era?

T: Tres minutos es lo máximo, apenas sientas la ansiedad sigues durante 30 segundos y luego paras y vas dejando que la ansiedad se aminore como lo has hecho hoy.

P: Anotado doc.

T: Listo Luis. Entonces lo dejamos así por hoy.

P: Ya doc. Nos vemos entonces.

T: Éxitos esta semana. Hasta luego.

Objetivos: Llevar a cabo la exposición interoceptiva para la sensación de ahogo

Analizar los pensamientos distorsionados que pueda causar

Comprobar el éxito de la tarea conductual

Técnicas: Exposición interoceptiva

Psicoeducacion

Tareas conductuales

Escala emocional

T: Buen día, Luis.

P: Buenos días, doc.

T: ¿Cómo te fue en la semana?

P: En realidad me fue bien, solo he tenido ansiedad fuerte dos días.

T: Eso está muy bien ¿y cómo los enfrentaste?

P: En verdad, se siente que la ansiedad se va de una forma más ligera.

T: ¿Cómo así?

P: Es que con la práctica de la respiración agitada, que me dejo, siento que ha sido más soportable.

T: ¿Aún lo ves como algo catastrófico cuando te da esa ansiedad?

P: Es molesto y fastidioso porque me perturba la tranquilidad pero ya no siento que es algo que no pueda enfrentar.

T: Eso está muy bien, Luis ¿qué tal el ejercicio durante la semana?

P: Bueno, provocarme ansiedad pasó de ser algo extraño a ser algo bastante interesante.

T: ¿Por qué lo dices?

P: Me intriga cómo estuve tan acostumbrado a la ansiedad, que solo respirar rápido me hacía sentir ansioso.

T: ¿Hasta que nivel de ansiedad llegaste?

P: Bueno, los dos primeros días llegue a un 8, cuando me provocaba con respiración agitada la ansiedad, pero los demás ya no subía a más de 7.

T: Que bueno y esos ataques de pánico que te dieron en la semana ¿en qué nivel de ansiedad los pondrías?

P: Bueno, los pondría en un 7 también además mi pensamiento ya no está como revoloteando en la muerte o algo me digo a mi mismo “he estado practicando justo para esta situación durante la semana”.

T: ¿Y así no más se va?

P: Sí, después de un rato obviamente como unos 3 minutos pero ya no me da ganas de irme o tomar mi pastilla.

T: ¿Aún no has llegado a tomar el clonazepam como condicional?

P: No, hasta ahora no, por suerte.

T: Bien ¿cuánto crees hoy que el pensamiento de muerte se hará realidad?

P: Bueno ahora me parece que creo menos en él, sobre todo cuando no tengo ansiedad ahora podría decir que está en un 40 o 50 pero cuando tengo una ansiedad fuerte me da como 60 o

70. Aunque como le comento ya no creo que sea algo que tenga que pasar, creo que ya puedo enfrentarlo.

T: Ya ¿tienes algún pensamiento preparado para eso?

P: Bueno el que le comenté de “me he estado preparando para esto” además me digo “por lo que sé ahora esto no me va a matar”.

T: Ya ¿y te funciona?

P: A mí sí. No sé si será un pensamiento alternativo perfecto pero ahí está y me sirve.

T: Mientras te sirva y sean unas expectativas realistas no hay problema ¿y cuanto crees que eres incompetente hoy?

P: Bueno, en realidad esta semana no me he olvidado de leer el pensamiento que quedamos hace unas semanas.

T: O sea que las otras semanas ¿sí habías olvidado leerlas?

P: Sí ni me acordaba (ríe).

T: Bueno ¿y qué pasó?

P: Lo tuve más en la cabeza, el pensamiento.

T: ¿Cómo así?

P: Lo que quiero decir es que si pasaba algo que me hacía pensar si yo era incompetente o no y me acordaba más rápido del pensamiento... ¿cómo decirlo? ...como que lo tenía más a la mano.

T: ¿Cómo en que situaciones?

P: Bueno el otro día me olvidé de hacer el examen de entrada de mi salón. Con todo el papeleo y las nivelaciones ni me acorde. Me llamaron la atención de coordinación.

T: Una situación que anteriormente hubiese sido fatal para ti ¿no?

P: Así es.

T: ¿Y cómo afrontaste la situación con lo que sabes ahora?

P: Primero me vino la idea “no puedo ser tan incompetente” pero tenía más fresco el otro y me dije “mi psicólogo me dijo que cuando esto pase use el otro pensamiento” y empecé a repetirme “puedo hacer las cosas que conozco de una manera satisfactoria y resolver las cosas que no domino. En ambas puedo equivocarme de vez en cuando”.

T: Muy bien, te reestructuraste a ti mismo ¿y sabes? aunque no te acuerdes siempre puedes evaluarlo.

P: ¿Cómo así?

T: Por ejemplo, el problema era que te olvidaste del examen ¿qué tanto te pasa esto?

P: Casi nunca.

T: ¿Esto habla de ti como maestro?

P: Pues sí, me hace un maestro un poco olvidadizo.

T: ¿Habla de ti como persona?

P: No, porque no lo hago siempre.

T: ¿Ves que te resulta más fácil ver la diferencia entre poder hacer algo y tu valor como persona?

P: Claro, que sea buen o mal profesor no me hace ni mejor ni peor persona. Eso quería decirle, que cuando leía ese pensamiento, como que esa idea me rondaba la cabeza “puedo hacerlo mal y ser feliz; y puedo hacerlo bien y ser feliz”.

T: Claro, no habla de ti como Luis, solo habla de cómo Luis desempeña la función de maestro.

P: Claro, a eso me refería doc.

T: Que bueno que te hayas podido dar cuenta de eso.

P: Ojala me hubiese dado cuenta antes. Años antes (ríe).

T: Por lo menos los siguientes años ya lo tendrás en cuenta.

P: Sí.

T: Y en cuanto a tu ansiedad esta semana ¿en qué nivel dirías que esta?

P: Esta semana (ojea su cuaderno) un 5 en casi todos los días, menos los que me dio ansiedad, esos si están un poquito más altos, un 6.

T: Igual eso está muy bien a como llegaste antes.

P: Sí, no me puedo quejar. De pasarme años entre estrés y ansiedad a poder disfrutar de lo que hago o dejo de hacer nuevamente. Cómo no lo conocí antes.

T: (ríe) Las cosas suceden cuando tienen que suceder, Luis. Lo importante es que ahora estas mejor.

P: Sí doc., bueno ¿qué toca hoy? ¿Lo de las cañitas?

T: Exactamente eso Luis (saca dos sorbetes) ¿recuerdas las indicaciones?

P: Sí, no salir de la sala hasta que termine el ejercicio, levantar la mano cuando sienta ansiedad y no usar la relajación.

T: Sí, esas son las más importantes. Te recuerdo que vamos a respirar por ellas y que el exceso o falta de aire se puede presentar en cualquier momento. Así que no te vayas a asustar.

P: Sí, por el instinto de supervivencia que podría hacerme sentir más ansioso.

T: Lo entiendes, muy bien. Entonces ¿tienes alguna duda antes de empezar?

P: ¿Alguien puede ahogarse a sí mismo solo por aguantar el aire?

T: No, Luis, es imposible ¿por qué lo preguntas?

P: No, es que se me vino a la cabeza la idea.

T: No te preocupes, de todas maneras lo comprobaremos en este momento. En este caso respiraremos por estos sorbetes así que sin aire no nos vamos a quedar. No crees que si supiera que es peligroso ¿lo haría yo también contigo?

P: Ese es un buen punto doc. (ríe)

T: Bueno entonces pondré el cronómetro y empezaremos a respirar por el sorbete (saca el cronómetro).

P: De acuerdo (toma un sorbete y se lo pone en la boca).

(Paciente y terapeuta respiran por 1 minuto y medio y el paciente levanta el brazo)

T: De acuerdo Luis, ya te vi. Vamos otros 30 segundos.

(Paciente y terapeuta respiran por los sorbetes durante 30 segundos más)

T: Listo Luis. Puedes dejar el sorbete.

(Paciente deja el sorbete pero no responde)

T: ¿Luis?

P: (paciente comienza a sudar, se sienta y se toma el pecho) Uff es alta doc.

T: ¿Tu ansiedad?

P: (paciente respira agitado y mira hacia el suelo) Sí.

T: ¿Cuánto crees que pueda ser tu ansiedad?

P: Un 9 (paciente continua tomándose el pecho).

T: ¿Qué piensas?

P: En muerte doc.

T: ¿Crees que puedes soportar la ansiedad?

P: Sí (paciente respirar agitado), deme un momento.

T: Me vas diciendo cuando va bajando tu ansiedad. Recuerda todas las herramientas que hemos venido utilizando.

P: (paciente respira agitado) Ya.

(Transcurren 12 minutos)

P: 8.

(Trasncurren 8 minutos)

P: 7.

(Transcurren 7 minutos)

P: 6.

(Transcurren 7 minutos)

P: 5.

(Transcurren 2 minutos)

P: 4.

T: Muy bien Luis ¿cómo lograste bajar la ansiedad?

P: (paciente respira hondo) En realidad fui soportándola y repitiéndome que “no iba a morir por respirar por un sorbete”.

T: ¿Fue algo insoportable?

P: Si me hubiera preguntado eso al principio le habría dicho que sí. Pero tenía razón doc., la falta de aire puede ocasionar ansiedad por eso, me tomó tiempo darme cuenta de todo lo que pasaba por mi cabeza. Es como cuando uno quiere salir de la piscina porque ya no tiene aire, habían muchos pensamientos realmente me asusté.

T: ¿Cómo cuáles?

P: “Respira te vas a quedar sin aire”, “te morirás asfixiado”. Todos en torno a la muerte pero eso también me ayudo.

T: ¿Por qué?

P: Porque me la he pasado practicando justo para enfrentar pensamientos catastróficos de la muerte.

T: ¿Qué otra cosa te ayudó?

P: Nuevamente, ver mi entorno, no había peligro y no estaba debajo del agua o en algún sitio que no tuviera aire para respirar la idea de asfixiarme estaba en mi cabeza.

T: Ya.

P: Aun así, que simples ideas generen tanto malestar me sorprende.

T: Es por eso que hacia tanto hincapié al principio del tratamiento en no solo identificar los pensamientos sino, también, en desmentirlos y combatirlos.

P: Sí ahora entiendo mejor lo que quería decir.

T: Ya pasaron nuestros 5 minutos de descanso ¿te parece si lo volvemos a intentar?

P: Sí, es un mal necesario (ríe).

(Se repite el ejercicio 2 veces más hasta que la ansiedad se reduzca a 4)

T: ¿Cómo te sientes?

P: Como si hubiese hecho una maratón (ríe).

T: El trabajo de hoy si ha sido fuerte ¿no crees?

P: Sí.

T: Sin embargo era necesario para ir aminorando las posibilidades de sentir un ataque de pánico.

P: Me pregunto cómo harán los que nadan grandes tramos.

T: Los buzos y nadadores pueden estar bastante tiempo bajo el agua. Porque han aprendido a estar tranquilos en esa situación aparentemente peligrosa. La única diferencia entre ellos y tu es la práctica.

P: Y un cuerpo esbelto doc. No se olvide (ríe).

T: (ríe) Bueno eso también es práctica, con el ejercicio. Pero a lo que voy es que ellos ya no sienten ansiedad o miedo de la falta de aire porque la práctica los ha hecho acostumbrarse. Te apuesto a que cuando ellos empezaron tenían tanto miedo de no respirar como tú.

P: Entonces tengo que practicar nada más.

T: E ir controlando tus pensamientos.

P: Practicar y pensamientos. Listo doc.

T: Entonces esta semana lo mismo que la anterior, practicas menos las respiraciones y más respirar por el sorbete.

P: ¿Puedo usar los del restaurant?

T: ¿Son parecidos a estos?

P: Sí, solo un poco más largos.

T: Ya. No hay problema, de todas maneras llévate este por si se te hace difícil respirar por el otro.

P: Ya doc.

T: Otra cosa, no te olvides de evaluar tu ansiedad y combatir el pensamiento de incompetencia.

P: Ya doc. Seguiré usando el cuaderno.

T: Sobre todo eso.

P: No hay problema doc.

T: Bueno, entonces lo dejamos así por hoy.

P: Hasta luego doc.

T: Hasta luego, Luis. Éxitos esta semana.

Objetivos: Llevar a cabo la exposición encubierta

Analizar los pensamientos distorsionados que pueda causar

Comprobar el éxito de la tarea conductual

Técnicas: Exposición encubierta

Psicoeducación

Tareas conductuales

Respiración profunda

Escala emocional

T: Buenos días, Luis.

P: Buenos días, doc.

T: ¿Cómo ha estado tu semana?

P: Ha sido de mucho esfuerzo.

T: ¿Por qué lo dices?

P: Bueno, es que, el ejercicio del sorbete era bastante fuerte.

T: ¿Tuviste alguna complicación con el ejercicio?

P: No, pero me hizo sentir bastante ansiedad.

T: ¿Qué tan fuerte? ¿Cómo la que tuviste la sesión pasada?

P: No tanta. Más o menos unos días un 7 algunos un 8.

T: Oh ¿y cómo te fue manejándolo solo?

P: Si no lo hubiéramos hecho aquí ni me hubiese atrevido a hacerlo.

T: Claro lo importante es practicarlo primero ¿lo has hecho solo o acompañado?

P: Solo, en casa recordaba lo que hicimos aquí y que igual la ansiedad iba a bajar de todas maneras así que iba teniendo menos miedo de que en verdad pasara algo.

T: Eso está muy, bien hablando de ideas ¿qué tanto has creído en la idea de la muerte en esta semana?

P: Mmm... (Ojea su cuaderno) bueno es la que más presente se encuentra.

T: Pero ¿qué tanta veracidad tiene para ti?

P: Ya no tanto, un 50 más o menos.

T: Eso está muy bien ¿y cuando hiciste los ejercicios?

P: Más que pensar en morir estaba pensando que la ansiedad iría bajando sola porque esto ya lo había practicado con usted doc.

T: ¿Cuánto duraron tus ejercicios en casa?

P: Más o menos 20 minutos al día porque la ansiedad demoraba un poco en bajar.

T: Muy bien ¿Qué tal con la creencia de soy incompetente?

P: He estado leyendo la otra creencia doc., ya no me he frustrado tanto por no hacer las cosas bien.

T: ¿Qué tanto crees en que eres incompetente?

P: Mmm... hoy un 50.

T: ¿y cuánto crees en el pensamiento que anotamos en tu cuaderno?

P: Mmm... también un 50 (ríe).

T: No hay problema, vamos bien. Hemos pasado de dar absoluta veracidad a la ansiedad a proponer mejores estilos de vida ¿Cómo te sientes?

P: A diferencia de antes, fenomenal.

T: Que bueno Luis. En la sesión de hoy quiero realizar otra exposición.

P: ¿Vamos a hacer más ejercicio?

T: No, en este caso vamos a imaginar.

P: ¿Imaginar qué?

T: Cuando tienes un ataque de pánico.

P: ¿para qué?

T: Bueno es porque si te percatas yo no he podido observar cómo te comportas cuando te da una crisis. Esto puede ser muy bueno para ambos: yo para saber cómo pones en práctica las técnicas y tú en que podrías darte cuenta o ir perfeccionado.

P: Ya pero en este caso ¿qué cambiaría a como normalmente tengo uno?

T: En que al provocarlo, mantienes un mejor autodomínio de ti y lo haces en un ambiente terapéutico con el fin de mejorarlo. Dado que no hay posibilidad que yo pueda acompañarte en tus viajes, la imaginación es la mejor opción.

P: ¿Eso de verdad sirve?

T: ¿Qué tal si lo comprobamos?

P: Bueno doc. Usted es el que sabe (ríe).

T: Está bien. Entonces, te voy a pedir que respires profundamente tres veces y cierres los ojos.

(Paciente respira profundamente y cierra los ojos)

T: Ahora quiero que imagines que estas en el bus que sueles ir.

P: Ya.

T: Cuéntame un poco ¿cómo está el bus?

P: No lo sé.

T: ¿Hay personas?

P: No veo nada doc.

T: ¿Que ves?

P: Solo me veo sentado.

T: ¿Te encuentras en el bus?

P: Eso parece.

T: Mmm... vamos a parar ahí, Luis. Abre los ojos por favor.

P: (abre los ojos) ¿Qué pasó doc.?

T: Podría haber cierta dificultad en construir la situación.

P: Entonces ¿no podríamos hacer el ejercicio?

T: Haremos otra aproximación ¿alguna vez has hecho un guion?

P: No, nunca.

T: Bueno, lo que haremos será escribir un pequeño guion sobre un día que tengas un ataque de pánico.

P: ¿Y para qué escribiremos si me lo tengo que imaginar?

T: Para que sea una guía a tu imaginación.

P: ¿Un escrito puede provocar ansiedad o miedo?

T: En realidad, sí. Ponte a pensarlo un momento ¿Por qué crees que los libros de terror son tan aclamados por la crítica?

P: Mmm... vamos a intentarlo entonces (saca su cuaderno) ¿Qué debe tener este guion?

T: Debe tener detalles de cómo vives la ansiedad de una manera un poco más intensa de lo normal, sin el uso de ninguna técnica que hemos visto.

P: ¿Cuánto debe durar?

T: No hay problema con eso mientras se pueda relatar el episodio. Una hoja estaría bien.

P: Ya, entonces me pondré a escribir.

(Paciente escribe el guion mientras lo va corrigiendo junto con el terapeuta)

T: Ahora ¿podrías leerlo en voz alta?

P: Claro doc. “me levante estresado porque no pude dormir bien debido a mi dolor de cabeza toda la noche. Veo el reloj y me percató que me he levantado media hora tarde, chasqueo la lengua y salto de la cama para alistarme, saludo a todos de mala gana porque ya no tengo tiempo, ni si quiera he desayunado. Salgo de la casa apurado y con la ropa arrugada. Voy al paradero y espero en la cola gigante que se ha hecho. Espero 15 minutos y ya me voy desesperando. Entro al bus. Esta lleno. Me siento como una sardina. Me quito el saco porque ya comencé a sudar de la aglomeración de gente y me aflojo la corbata. Ya estoy a medio camino de mi trabajo. De repente siento una efervescencia en el cuerpo, se agudiza mi dolor de cabeza y me palpita. Veo mis manos y siento como se van llenando de sudor; de pronto siento una sensación rara en el pecho, pongo mi mano derecha sobre el pecho, donde debería estar mi corazón. Me percató que está dando tumbos que se parecen a tambores y pienso “me va a dar un ataque” empiezo a respirar más rápido como si huyera de algo, esta sensación me

provoca mareo, siento que la visión se me nubla. Después de un momento me doy cuenta que no entra el aire suficiente por mis pulmones, “me estoy ahogando” pienso. Empiezo a toser y respirar por la boca para ver si así puedo tener más aire pero no sirve y me estoy ahogando. Las personas al lado mío me ven aterrados y se apartan lo más que pueden en ese bus tan lleno. El cobrador me pregunta si estoy bien, otra señora me dice que me calme y otra grita que llamen a una ambulancia porque me estoy muriendo. Así se siente, que me estoy muriendo. Le digo que no al cobrador, me mira desconfiado y se aparta. He vivido esto por más de 20 años ya me conozco. El martirio se prolonga por otros 5 minutos. La ansiedad se va pero el temor se queda “¿qué está pasando conmigo?”, “¿he perdido la cordura?” “¿cuándo me matara esta ansiedad?”, “¿porque a mí?” “soy tan inútil”. Llego a mi destino y me retiro del bus y del martirio pero la ansiedad queda” ¿Qué le parece doc.?

T: A mí me parece un buen trabajo ¿qué te pareció a ti?

P: Bueno, no le voy a mentir, se me escarapeló un poco el cuerpo a medida que iba leyendo.

T: Eso es una buena señal lo que ahora quiero es que leas la primera línea en voz alta, cierras los ojos y trates de situarte en este guion. Si sientes que se va la imagen o te distraes, abres los ojos buscas el momento en el que te quedaste y regresas. Así hasta que lo tengas.

P: Ya.

T: ¿Te parece si le damos una vuelta?

P: Está bien.

(El paciente lee la primera línea en voz alta y cierra los ojos los abre y ve las hojas tres veces durante todo el relato)

T: ¿Qué tal?

P: Un poco perturbado.

T: Es normal ¿ya lo tienes más claro?

P: Sí doc., ya casi lo aprendo entero.

T: Listo. Entonces, vamos a realizar el ejercicio: le darás tantas vueltas en tu cabeza como sea necesario y tendrás la hoja por si te pierdes. Al sentir ansiedad levantas tu brazo derecho igual. Cuando empieces de nuevo asientes con la cabeza y me vas diciendo en qué nivel de ansiedad estas.

P: De acuerdo doc.

(Paciente repite mentalmente la narración dos veces y levanta el brazo)

T: ¿Que ansiedad sientes, Luis?

P: un 7.

T: ¿En qué momento estas?

P: Cuando siento que me ahogo y veo mis manos llenas de sudor.

T: Está bien quiero que te quedes ahí y no intentes ninguna forma de bajar la ansiedad. Indícame cuando se reduzca la ansiedad

P: De acuerdo.

(Transcurren 10 minutos)

P: 5 doc.

T: Muy bien, que llegue a 4 y puedes abrir los ojos.

(Transcurren 2 minutos)

P: (abre los ojos) Listo doc.

T: ¿Cómo te sientes?

P: Como le dije, algo perturbado, no creí que funcionaria.

T: Claro, pero mira tus manos y toca tu rostro, estas sudando.

P: (paciente observa sus manos y se toca el rostros) ¿por qué no funciono cuando trate de hacerlo sin guion?

T: Hay muchos factores para eso, a lo mejor no eres muy sensible a los ejercicios de imaginación o tu pensamiento de que no iba a funcionar u otros asociados no permitieron que te concentraras en la situación. Pero como el guion es algo ya establecido y cada vez que te distraías lo volvías a leer, era más complicado que te salgas del ejercicio.

P: Mmm... ya veo.

T: Aún nos queda tiempo ¿te parece si lo practicamos una vez más?

P: Ya.

(Se repite el ejercicio de exposición encubierta)

T: ¿Cómo hiciste para aminorar la ansiedad?

P: Nada doc., como usted dijo que no hiciera nada.

T: Eso quiere decir que la ansiedad se fue yendo por sí sola.

P: Así es.

T: Nuevamente te pregunto ¿fue una situación insoportable?

P: No, ya no se siente así.

T: ¿Qué cambió?

P: Ahora creo que puedo combatir la situación como cuando me hablo del resfriado, sé que ahora puedo hacer más cosas para sentirme menos ansioso.

T: ¿Te percatas un poco más del efecto que tiene la mente sobre el cuerpo?

P: Sí doc. (ríe), sigo sudando.

T: ¿Crees que aún eres incompetente?

P: Con esto, ya no tanto.

T: ¿Podrías practicarlo en casa?

P: Claro ¿dejo de hacer lo del sorbete?

T: ¿Crees que aún necesitas hacerlo?

P: En realidad no mucho, durante la semana ya no sentía tanta ansiedad cuando lo hacía.

T: Entonces, déjalo hasta ahí, practica este guion esta semana y la próxima vez que nos veamos vemos que efectos tienen en ti

P: Listo doc.

T: Una cosa más Luis.

P: Dígame doc.

T: Quiero que en esta semana pienses en algún personaje real o de ficción que podríamos usar de ejemplo para nuestra próxima sesión.

P: Personaje ¿cómo qué?

T: Algún superhéroe o persona importante que creas que es muy buena enfrentando las adversidades.

P: Mmm... ya doc., no hay problema.

T: Entonces lo dejamos hasta aquí. Éxitos esta semana, Luis.

P: Hasta luego, doc.

T: Hasta luego, Luís.

Objetivos: Llevar a cabo el modelado encubierto

Analizar los pensamientos distorsionados que pueda causar

Comprobar el éxito de la tarea conductual

Técnicas: Modelado encubierto

Psicoeducación

Tareas conductuales

Escala emocional

Respiración profunda

T: Buenos días Luis

P: Buenos días doc.

T: ¿Cómo has estado en tu semana?

P: Bien, he estado practicando lo del guion que hicimos la otra vez.

T: ¿Y cómo te ha ido con eso?

P: En realidad, muy bien, esta semana solo he tenido un ataque de ansiedad.

T: Eso está muy bien y ¿qué hiciste en esa situación?

P: Bueno, nada. Intente usar lo que practicamos del guion.

T: Interesante... ¿cómo resulto eso?

P: Pues la ansiedad se fue después de un rato.

T: Se escucha como que ya tienes un mejor dominio sobre la ansiedad.

P: Sí, esta última semana ya me da esa sensación.

T: Que bueno, Luis. Aun así, no hay que bajar la guardia.

P: Claro doc.

T: ¿Cómo te fue esta semana con la creencia de incompetencia?

P: Bien doc., sigo diciéndome la otra creencia al despertarme y al acostarme. Entonces, tengo más presente ese pensamiento que la idea de ser incompetente, aunque igual viene de vez en cuando.

T: ¿Cuánto dirías que crees aún en que eres incompetente?

P: Yo diría que en un 40.

T: ¿Y en la otra creencia más sana?

P: Creo más en eso.

T: ¿Más o menos cuánto?

P: Un 50 o 60.

T: Eso está muy bien. Estas siendo más flexible contigo mismo y los demás.

P: Sí, aunque cuesta harta chamba.

T: Sí pero para haber vivido con esto más de 20 años, has hecho un gran progreso.

P: Sí, eso sí.

T: ¿Y cómo está tu idea de morirte por un ataque de pánico?

P: Ya es menor también en un 40 o 50.

T: Muy bien ¿cómo has hecho para ir desmintiéndola?

P: Bueno a medida que he practicado el guion me voy dando cuenta que es una idea algo ridícula.

T: Que bueno que puedas percartarte de eso, Luis. Bueno cuéntame ¿elegiste el personaje que te dije la semana pasada?

P: Sí, claro.

T: ¿A quién elegiste?

P: A Super-man.

T: ¿Alguna razón en particular?

P: (ríe) Me encantaba verlo en la serie antigua, además él lo puede todo, excepto contra la kryptonita* (debilidad del personaje elegido como modelo).

T: (ríe) Bueno entonces usaremos a Super-man.

P: ¿Para qué?

T: Bueno digamos que Super-man te enseñará un par de cosas.

P: (ríe) Está bien.

T: Quiero que ensayemos el guion nuevamente.

P: Ya.

(Paciente imagina la situación que se ensayó en la sesión pasada)

T: Ahora quiero que imagines a Super-man en esa situación.

P: Ya (sonríe con los ojos cerrados).

T: Vamos a ver ¿qué hace Super-man para calmar su ansiedad?

P: Bueno él es súper poderoso no le da ansiedad.

T: Claro que sí, todos los superhéroes tienen dificultades ¿Super-man se encuentra también en el bus apretado de gente que ocurre primero?

P: Siente efervescencia en el cuerpo, le duele la cabeza, le empiezan a sudar las manos y le palpita el corazón.

T: Muy bien entonces Super-man siente estas molestias y piensa ¿hay algún peligro? Entonces Super-man mira a su alrededor, a la derecha tanto como a la izquierda y piensa no veo ningún peligro, debe ser solo ansiedad. La ansiedad continua pero él piensa “es solo ansiedad he superado obstáculos más fuertes”.

P: (paciente mantiene los ojos cerrados) Ya.

T: Entonces Super-man piensa “no veo ningún peligro pero mi cuerpo se siente alerta, voy a respirar para que el cuerpo vea que no hay algo de que temer”.

P: Como nosotros aprendimos.

T: Sí y luego se pone a relajarlos músculos como nosotros lo hicimos y esa sensación de efervescencia se va reemplazando por una relajación de sus músculos desde la cabeza hasta los pies.

(Paciente se apoya en el respaldo de la silla)

P: Luego piensa que le va a dar un ataque y la visión se le nubla.

T: Muy bien. Super-man nuevamente pensará “¿hay algún peligro para que me dé un ataque al corazón o será solo la ansiedad que me molesta?”. Y mirará todo el bus desde donde este parado, comprueba que es su ansiedad, seguirá respirando y dirá “es solo ansiedad”.

P: Luego, empieza a ahogarse y piensa que sus pulmones no se están llenando de aire como deberían.

T: Super-man en ese momento, se dice a sí mismo “¿hay algo que me impida respirar?”. Y revisará si su boca o nariz se encuentran obstruidas. Al ver que no hay nada que sustente el ahogo, pensará “la sensación que tengo es solo por mi ansiedad en realidad puedo respirar con normalidad. Respiraré profundamente para calmarme”.

P: Ya. Luego se acercan a preguntarle si está bien.

T: Ahí Super-man les dice “la verdad, estoy un poco ansioso pero ya me está pasando”.

P: Esta así por un tiempo, unos 5 minutos, luego baja y le vienen pensamientos de que está loco.

T: Super-man se baja aún con algo de ansiedad, que es normal, y al venirle esos pensamientos de que se está volviendo loco él dice “no estoy loco solo un poco ansioso”. ¿algo más?

P: No doc. Ahí termina el relato.

T: Está bien, puedes abrir los ojos ¿Cómo te sientes?

P: Fue interesante en imaginar a Super-man con ansiedad, él es súper poderoso.

T: Sí pero recuerda que también es un hombre, de ahí su nombre (“man” significa hombre en inglés) además en sus distintas batallas, él sintió diversas emociones desde ira hasta temor.

P: Sí sobre todo las que parecía que iba a perder.

T: ¿Ahora entiendes un poco porque quise traer a Super-man a la terapia?

P: Sí. Quería mostrarme como alguien más capacitado que yo podría hacer frente a la misma situación.

T: Sí pero también eso nos permite tener un mejor plan de acción ante la situación. Por ejemplo, si eres un jugador profesional te dicen que entrenes arduo, como hemos estado haciendo pero también recomiendan hacer algo más ¿tienes alguna idea?

P: ¿Ver partidos?

T: Claro, ver a los mejores también ayuda a uno a inspirarse y a seguir al modelo. Justo lo que estamos haciendo hoy.

P: Entiendo.

T: Vamos a analizar lo que acaba de pasar en el relato ¿qué fue lo primero que hizo Superman?

P: ¿Respiro?

T: También, pero antes de eso cuando sintió la ansiedad se preguntó “¿hay algún peligro?”.

P: Sí, y miró a los lados buscando algo que fuera un peligro.

T: ¿Y qué dijo cuándo no encontró un peligro?

P: Dijo “solo es ansiedad”.

T: Y se dijo que podía hacer frente a la ansiedad porque había superado obstáculos más demandantes.

P: Eso también.

T: Entonces vamos a anotar esas cosas en la pizarra y en el cuaderno (escribe en la pizarra). Primero comprobó el peligro. Segundo sacó una conclusión sobre el peligro. Tercero se dijo a si mismo su posibilidad real de enfrentarse al peligro ¿Qué hizo después de eso?

P: (paciente anota en su cuaderno) Se puso a respirar.

T: Exacto y ese sería nuestro punto número cuatro, porque, como ya vimos, el cuerpo a nivel biológico mantiene rezagos de la ansiedad. Entonces se puso a respirar para que su cuerpo comprenda que no había peligro ¿Qué hizo luego?

P: Empezó a relajar los músculos desde la cabeza hasta los pies.

T: Exacto y ese sería nuestro último punto, el número 5.

P: ¿El ultimo? Pero hizo más cosas.

T: Claro porque se iban sumando distintos malestares pero si te percatas, empezó a repetir el mismo procedimiento: empezó evaluando el peligro y termino con la respiración y relajación.

P: Mmm... ya.

T: Hasta ahí ¿tienes alguna duda?

P: No doc.

T: Bueno entonces quiero repetir el ejercicio pero con un cambio

P: ¿Cuál?

T: Ahora lo vas a hacer tú pero vestido de Super-man.

P: (ríe) ¿En serio?

T: En serio.

P: ¿Para qué?

T: Vamos a ver si el traje te pasa algo de su poder (ríe).

P: (ríe)

T: Entonces, empecemos. Como es contigo el relato empieza desde el principio y cuando llegues a la parte del bus, la relatas en voz alta.

P: Listo.

(Paciente cierra los ojos y repasa en su mente el guion escrito de antemano)

P: (mantienes los ojos cerrados) Listo doc., ya voy a subir al bus.

T: ¿Cómo te sientes con el traje de Super-man?

P: Me da vergüenza estar en el bus.

T: ¿Cómo va tu ansiedad?

P: No es alta, está en un 6 casi 7.

T: Ya, cuéntame que pasa luego.

P: Siento una efervescencia que recorre el cuerpo, me duele la cabeza y siento golpes en mi pecho.

T: ¿Cómo está tu ansiedad?

P: En un 7.

T: Muy bien ¿qué hizo Super-man primero?

P: Evaluó el peligro.

T: Muy bien. Hazlo también.

(Paciente se queda un momento en silencio)

T: ¿Hay algo que cause peligro en el bus?

P: No.

T: Muy bien ese es el paso dos ¿qué paso sigue?

P: Ver la posibilidad real de enfrentarme a la ansiedad.

T: Muy bien ¿cuánta es tu posibilidad?

P: No lo sé.

T: Te has enfrentado antes a la ansiedad ¿cierto?

P: Sí.

T: ¿Y has ido bajando tu ansiedad desde que iniciamos el tratamiento cierto?

P: Sí, también eso.

T: Entonces ¿podrías enfrentar la ansiedad en este caso?

P: Sí.

T: Esa es una probabilidad real y es el tercer paso ¿qué sigue?

P: Respirar para aminorar mi ansiedad (se acomoda en el respaldar de su silla y comienza a respirar).

T: Muy bien ese sería el cuarto paso y ¿qué sería lo último?

P: Relajar los músculos (deja caer sus hombros).

T: Muy bien relátame ¿cómo sigue el guion con esta nueva forma de enfrentarte a la ansiedad?

P: Me viene el pensamiento de “me va a dar un ataque” y se me empieza a nublar la vista pero me pongo a ver si hay algo en el bus que me haga pensar en esto, no encuentro nada y me digo que “es solo ansiedad” y me pongo a respirar y relajar lo más que puedo los músculos. Luego empiezo a toser y siento que me ahogo. Nuevamente busco si hay algo que me impida respirar, me paso la mano por la cara para ver si tengo algo en la boca o la nariz. Al no encontrar nada vuelvo a decirme que “es solo ansiedad y que en realidad si puedo respirar con normalidad”. Empiezo a respirar profundo de nuevo. Se me acercan a preguntarme si estoy bien. Les digo que “solo tengo un poco ansiedad”, me miran con extrañeza pero no les dan más importancia.

Estoy así unos 5 minutos más y me bajo del bus, mi ansiedad ya está bajando pero me llegan pensamientos de que me estoy volviendo loco. Me pongo a pensar “¿si de verdad esto es locura?”, recuerdo que mi psicólogo me dijo que esto era ansiedad y que eso no me hacía estar loco y continúo caminando hacia mi centro de trabajo.

T: Muy bien, Luis. Puedes abrir los ojos ¿Cómo te sientes?

P: (abre los ojos) Bien.

T: ¿Sientes algo de ansiedad?

P: En realidad, no pero sí se sintió raro hacer el ejercicio vestido de Super-man (ríe).

T: (ríe) ¿Crees que dificulto en algo el ejercicio estar vestido de Super-man?

P: No, fue divertido.

T: ¿Tienes más claro el orden para combatir la ansiedad?

P: Sí (lee su cuaderno). Evaluar, concluir, afrontar, respirar y relajar.

T: Muy bien, quiero que repitamos una vez más el ejercicio pero esta vez sin el traje de Super-man.

P: Está bien.

(Se repite el ejercicio de modelado encubierto)

T: Buen trabajo hoy, Luis ¿crees que podrás aplicar este orden para cuando te de ansiedad?

P: Mmm...haberlo repetido tanto me hace pensar que sí. Aunque siempre está la posibilidad de que me olvide (ríe).

T: No te preocupes por eso, es bueno que andes con tu cuaderno por si se te olvida.

P: Esta bien, doc. Entonces intentaré ponerlo en práctica durante la semana.

T: Genial Luis quisiera que esta semana trataras de practicar el guion con esto que acabamos de hacer en casa como si fuera un ejercicio más.

P: Ya doc. ¿Ya puedo volver a hacer la relajación?

T: Sí, claro pero ¿consideras que aún es importante practicarla?

P: Bueno, sí. Me ayuda a dormir.

T: Bueno, entonces, puedes volver a practicarla.

P: Listo doc.

T: Bueno lo dejamos hasta aquí por hoy. Hasta luego.

P: Hasta luego doc.

T: El mejor de los éxitos esta semana.

Objetivos: Enseñar el procedimiento de la técnica de solución de problemas

Comprobar el éxito de la tarea conductual

Técnicas: Solución de problemas

Psicoeducación

Tareas conductuales

T: Buen día, Luís.

P: Buenos días, doc.

T: ¿Cómo te ha ido esta semana?

P: En verdad no he tenido casi nada de ansiedad, mi ansiedad ha estado entre 4 y 5. Tampoco me ha vuelto a dar ataques. Estuve practicando el guion como me dijo.

T: ¿Ah sí? ¿Y crees que te ayudó durante la semana?

P: Sí, sobre todo los pasos que hicimos la semana pasada que conversamos. Lo hice en el bus de camino al trabajo cuando siento que me va a subir la ansiedad.

T: Que bueno ¿y cómo van tus pensamientos de muerte?

P: Ya casi no están presentes. Es como que si vienen, solo los veo pasar y se van rápidamente ¿me entiende doc?

T: Claro. Algo como que es más fácil sacar esos pensamientos de tu mente.

P: Sí.

T: ¿Y cuánto crees en esas ideas de muerte ahora?

P: Casi nada. Un 30 o 40 a lo mucho. Ya no me asusta.

T: Que bueno, Luís ¿y cómo vas con la idea de incompetencia?

P: También ha bajado bastante esta semana.

T: ¿En cuánto la pondrías?

P: En un 30.

T: ¿Y cómo te va con la creencia más flexible que has estado practicando estas semanas?

P: Ya no me la repito al pie de la letra, sino, que varía un poco. A veces la frase es más corta pero ya no me atormenta tanto el no poder hacer las cosas.

T: Claro, no tiene que ser exacto pero si debe mantener la esencia de ser flexible contigo mismo ¿aún crees que debes ser el sustento de tu familia?

P: Sí y no doc.

T: ¿Cómo así?

P: Es que actualmente lo soy pero eso no significa que deba serlo. Me explico, el dojo, el restaurant y mi trabajo de docencia sustentan nuestro actual estilo de vida pero si los papeles cambiaran y fuera al revés no me sentiría mal porque ya no me siento obligado a yo ser quien lleve todo el peso.

T: ¿Cómo te diste cuenta de eso?

P: A medida que fui conversando con usted (ríe).

T: ¿Te diste cuenta de cómo es tu pensamiento ahora a como era antes de hacer el tratamiento?

P: Sí. Me pregunto cómo pude vivir de esa manera durante tantos años.

T: Bueno a todos nos pasa. Nadie nace sabiendo.

P: Sí.

T: Bueno, ya estamos en las últimas sesiones.

P: ¿De verdad?

T: Sí, por lo menos conmigo ¿Qué te ha dicho tu psiquiatra?

P: Que mantenga el clonazepam como condicional. No me dijo nada más.

T: Eso también es un buen indicador.

P: Lo mismo pensé.

T: Bueno, a lo largo de la terapia hemos visto distintas técnicas para disminuir la ansiedad porque era el problema más urgente.

P: Sí.

T: Pero también sería bueno ver cómo organizarse en el día a día. Por eso quería repasar contigo una técnica que se llama solución de problemas.

P: ¿Y en qué casos se aplica?

T: Eso es lo bueno, se aplica desde situaciones cotidianas a otras más específicas como en los tratamientos psicoterapéuticos.

P: ¿Pero no puedo resolver los problemas por mi cuenta?

T: Claro que puedes pero es como en los pasos que vimos en el guion la semana pasada. Se hace con el motivo de dar un orden a fin de tener un mejor resultado.

P: Ya ¿Cómo se aplica?

T: Esta técnica tiene 5 pasos.

P: ¿Tantos? Pero en una situación real aplicar la técnica ¿no me haría más mal que bien?

T: Solo por efectos de enseñanza se separan en 5 pero ahora que los veamos te darás cuenta que son sencillos y que se hacen casi todos a la vez.

P: De acuerdo.

T: El primero es orientación al problema. Sería bueno que lo vayas anotando en tu cuaderno de trabajo.

P: (escribe en su cuaderno) Listo.

T: Este es el primer punto y aquí vas a percibir el problema.

P: ¿O sea darme cuenta de que hay un problema?

T: Sí, así es. También verás en este punto si es urgente resolver este problema y si prevés que tendrás el tiempo para resolverlo.

P: ¿Todo eso en el primer paso?

T: Como te comente, te darás cuenta que cuando lo tengas en mente será tan rápido que ni te percatarás que lo pensaste.

P: Ya.

T: El segundo paso es la definición del problema. Aquí es donde propiamente describes cuál es el problema.

P: Ya ¿pero eso no es algo obvio?

T: Sí pero a veces necesario. Supongamos que estas enfermo pero no sabes que tu enfermedad es un resfriado y por eso no puedes decidir entre tomar un antigripal o un antibiótico. Conocer el problema en este caso permite tomar una decisión.

P: Mmm...ya veo.

T: También aquí al definir el problema te permite reunir información para proponer soluciones.

P: Ya ¿y cuál sería el otro paso?

T: El siguiente es proponer soluciones.

P: ¿Qué diferencia hay con alguien resolviendo un problema sin esta técnica?

T: Claro, en principio, es ordenar para obtener un mejor resultado. Sin embargo en este punto hay dos cosas importantes. La primera es tratar de generar la mayor cantidad de alternativas de solución y, la segunda, es no descartar ninguna posibilidad por más loca que parezca.

P: Pero ¿no habrían propuestas incoherente que más bien dificultarían resolver el problema?

T: Sí pero no vas a aplicar todas, aquí solo se generan ideas. Míralo como una lluvia de ideas.

P: Ya.

T: Luego de establecer alternativas, sigue la toma de decisiones. Aquí sí vas a juzgar las ideas por sus consecuencias positivas y negativas tanto para ti como para los demás.

P: ¿Y cómo veo las consecuencias?

T: Ahora que terminemos los pasos vamos a ver ejemplos para poder tener más clara la idea.

P: Está bien.

T: Entonces, eliges la alternativa que más consecuencias positivas y menos negativas tengan para ti y para los demás. Por eso es importante, al establecer alternativas, tomar todas aunque parezcan tontas.

P: Ya, y cuando elijo la solución ¿la hago?

T: Claro, ese sería el último paso, llevar a cabo el plan y comprobar los resultados.

P: ¿Tengo que comprobar que funcionó?

T: Claro, si no ¿cómo sabes que la alternativa que elegiste resolvió el problema que tenías?

P: ¿Y cómo hago eso?

T: Compruebas que el problema ya no este.

P: Suena sencillo.

T: Sí, este pasó es más fácil porque es práctico. Ahora vamos a repasar los pasos ¿los puedes mencionar?

P: Sí (lee su cuaderno), orientarse al problema, definir el problema, establecer alternativas, tomar una decisión y llevar al cabo el plan y comprobar el resultado.

T: Sí, esos son ¿tienes alguna duda?

P: Me parece que lo comprendería mejor con un ejemplo.

T: Claro... pongamos de ejemplo al chico que ayuda en tu restaurant.

P: Ya.

T: Supongamos que está llevando unos platos y se resbala rompiendo muchos platos y la comida queda regada ¿cuál sería el primer paso en este problema?

P: Orientarme al problema.

T: Muy bien ¿y cómo lo haces?

P: Me doy cuenta que hay un problema y decido si es urgente resolverlo.

T: Muy bien, entonces ¿cuál es el problema?

P: Que tiró los platos y ensució el piso.

T: Muy bien, eso es la definición del problema ¿cuál es el siguiente paso?

P: Establecer alternativas.

T: ¿Qué cosas podrías hacer para resolver ese problema?

P: Despedirlo (ríe).

T: (ríe) Claro, esa es una opción ¿qué otras habría?

P: Descontarle los platos y hacer que lo limpie.

T: Ya ¿qué más?

P: Mmm

T: ¿Qué tal dejar los platos tirados?

P: Pero eso no solucionaría el problema.

T: Claro pero también es una opción ¿no? Hay que tener todo en cuenta ¿Qué más podrías hacer?

P: Pedirle a mi esposa que lo limpie.

T: Ya ¿qué más?

P: Limpiarlo yo.

T: ¿Algo más?

P: Mmm... creo que no.

T: Ya entonces el siguiente paso sería tomar una decisión ¿Cuál solución es la más adecuada?

P: Despedirlo (ríe).

T: ¿Lo será realmente? Vamos a ver si lo despides en ese momento ¿qué consecuencia habría?

P: Ese día no tendría mozo y tendría que atender yo todos los pedidos hasta contratar a uno nuevo.

T: Muy bien ¿entonces eso es una consecuencia negativa para ti o para los demás?

P: Para ambos, porque se perjudica el restaurant tanto como yo. Además yo o alguien del restaurant tendrían que limpiarlo.

T: ¿Y qué consecuencia positiva habría de eso?

P: Bueno que me desharía de él.

T: Ya, aunque eso no solucionaría lo de los platos.

P Bueno, sí (ríe).

T: Veamos otra alternativa ¿qué consecuencias tendría que tu esposa limpie?

P: Bueno, positivo sería que se solucionaría lo de los platos, yo no me cansaría, aún tendría mozo pero negativo es que haría que mi esposa trabaje de más y dejaría descuidada la cocina.

T: Muy bien, vas entendiendo la idea de comparar las alternativas ¿te parece si revisamos las otras?

(Paciente y terapeuta conversan sobre las consecuencias de las alternativas)

T: Entonces, si hacemos una lista (escribe en la pizarra) que el mozo pague por los platos y, además, limpie los platos sería la mejor opción ¿me equivoco?

P: No doc. Es la que menos consecuencias negativas tiene.

T: Muy bien, entonces el siguiente paso ¿cuál sería?

P: Llevar a cabo el plan y comprobarlo.

T: Supongamos que lo mandas a limpiar ¿eso soluciona el problema?

P: Sí así ya no habrá nada tirado y se repondrán los platos.

T: Listo ¿vas comprendiendo como funciona esta técnica?

P: Sí, aunque hay que acostumbrarse a hacer los pasos y no ir de frente a solucionar el problema.

T: Claro, de eso se trata esta técnica de ver el mejor resultado posible. Ahora vamos con un ejemplo relacionado a la ansiedad.

P: Ya.

T: Supongamos que un día te levantas con ansiedad y temes ir a trabajar. Entonces sabes que si tomas un bus te dará un ataque ¿Cómo procederíamos en esa situación?

P: (ojea su cuaderno) Me orientaría al problema y lo defino. Existe un problema y es que estoy con ansiedad y no quiero sufrir un ataque.

T: Muy bien ¿qué seguiría?

P: Establecer alternativas.

T: Ya ¿qué podrías hacer para solucionar las cosas? No juzgues aún ninguna alternativa, di todas las que se vengan a tu cabeza.

P: Tomar un taxi.

T: Ya.

P: Aplicar las técnicas que aprendí en terapia para la ansiedad.

T: ¿Qué más?

P: Faltar al trabajo.

T: ¿Otra más?

P: Ir al hospital o renunciar (ríe).

T: Está bien, también es una alternativa. Ahora veamos las consecuencias de cada una de las ideas.

(Paciente y terapeuta conversan sobre las posibles consecuencias de las alternativas)

T: Entonces armando una lista, la mejor de las alternativas sería ir al bus y aplicar las técnicas que aprendiste en terapia.

P: Así es pero doc. ¿Qué pasa cuando la mejor alternativa no funciona?

T: Buena pregunta. Por eso no solo tienes una alternativa, la mejor no necesariamente resuelve el problema. Cuando pasa eso vas a la segunda y luego a la tercera y así sucesivamente.

P: Ya veo.

T: ¿Qué te pareció la sesión de hoy?

P: Bastante tranquila.

T: Es porque ya no nos estamos provocando ansiedad.

P: Exacto (ríe).

T: (ríe) Bueno, es que ya lo hicimos y estas sesiones son solo para reforzar para cuando el tratamiento termine.

P: Claro, doc. ¿tengo que practicar esto también?

T: Sí. Obviamente no vas a buscar problemas solo para practicarlos. Pero lo que sí sería bueno es que andes pendiente de cuando en tu semana ocurre un problema, para poder aprovechar y usar lo aprendido hoy. Como ya vimos, no tiene que ser un problema de gran magnitud, simplemente tiene que ser una situación que requiera una solución.

P: Listo doc.

T: Otra cosa ¿qué te parece si para la última sesión nos vemos ya no la próxima semana sino de aquí a dos semanas?

P: Sí, no tengo problema ¿pasó algo?

T: No, más bien, es para fortalecer lo aprendido durante el tratamiento.

P: Está bien doc.

T: Listo, Luís. Así quedamos entonces.

P: Ya doc., nos vemos.

T: Nos vemos, Luís. Éxitos.

Objetivos: Dar por concluido la intervención terapéutica

Proponer un horario para el seguimiento

Realizar una evaluación post-test

Técnicas: Psicoeducación

Escucha activa

Debate

T: Buen día, Luis.

P: Buen día, doc.

T: ¿Cómo has estado estas dos semanas que no nos hemos visto?

P: Tranquilo doc. No he tenido ansiedad.

T: ¿Ah sí? ¿En qué nivel has estado durante estas semanas?

P: Casi todo los días 4, uno que otro un 5 pero no me sentí mal. He podido hacer mis cosas sin problemas.

T: Que bueno ¿y cómo te fue con los pensamientos de muerte?

P: Ya ni me vienen doc., muy poco en realidad. Ya ni les hago caso (ríe).

T: ¿Cuánto crees actualmente en los pensamientos de muerte?

P: Mmm...un 30 o menos inclusive, tal vez un 20.

T: ¿Y la creencia de que eres incompetente?

P: También ya muy poco, se me viene a la cabeza muy de vez en cuando.

T: ¿Cuánto crees en ella?

P: Un 30, no llega a 40.

T: ¿Y cuánto crees en la creencia más flexible que hicimos?

P: En esa creo más. Un 60 más o menos.

T: Que bueno. Entonces podríamos decir que ahora hay menos pensamientos que te hagan sentir ansioso.

P: En verdad sí doc., estas semanas sin ansiedad se han sentido extrañas.

T: ¿Por qué lo dices?

P: Porque estoy acostumbrado a siempre sufrir de ansiedad. Estar pendiente si me da o no me da.

T: Entonces estas semanas habrán sido como unas vacaciones.

P: En verdad que sí.

T: Acostúmbrate a esto, Luís; Porque como estas ahora, es un estilo de vida más saludable y sustentado en la realidad.

P: Ahora falta que no me acostumbre (ríe) pero me comentó que esto era una tendencia y que se quedaría así durante mi vida ¿no podría volver a darme ansiedad?

T: Claro y justo esta sesión se trata de eso: absolver todas las dudas que tengas respecto a cómo será de aquí en adelante.

P: Ya veo ¿cómo sería eso de la tendencia?

T: Claro, todos nosotros tendemos a la irracionalidad por distintos motivos, como te expliqué, generalmente son las experiencias y el medio en donde crecemos.

P: Ya.

T: Hay personas que tienden a la diabetes, cáncer, alzheimer, etc.

P: Ya pero yo hablo de ansiedad.

T: También hay personas que tienden a la depresión, psicosis o como en tu caso ansiedad. Por ende también nuestros pensamientos tienden dirigirse a ese aspecto.

P: Ya pero yo estoy llevando tratamiento.

T: Así es y por eso puedes ir dominando esa tendencia. Me explico, es como esa sensación de somnolencia cuando recién te levantas por las mañanas. A todos nos gustaría volver a dormir pero hacemos frente a la situación y continuamos despiertos. Eventualmente, esta sensación de somnolencia desaparece mientras transcurre el día. Es lo mismo, vas a sentir esa sensación pero podrás hacerle frente.

P: Pero entonces ¿nunca me va a dar ansiedad?

T: Con respecto a las recaídas, tampoco puedo decirte algo alejado de la realidad, es probable que te dé ansiedad en algún momento de tu vida después de la terapia.

P: Pero ¿para qué habría llevado terapia entonces?

T: Es una buena pregunta. Vamos a usar esta pizarra para que te percales (dibuja en la pizarra) aquí estas tú. Cuando tú no tenías tratamiento tus ataques de pánico te llevaban hasta aquí (desciende la gráfica en la pizarra).

P: Ya.

T: Pero a medida que has llevado el tratamiento tu ansiedad ha ido disminuyendo (dibuja fluctuaciones más cortas) hasta ahí estamos bien.

P: Sí.

T: Entonces ahorita ¿tú has dejado de sentir ansiedad correcto?

P: Sí.

T: Muy bien, entonces digamos que ya no cumples el diagnóstico que se te puso porque ya no tienes los ataques de pánico ni la ansiedad (dibuja una línea recta en el gráfico).

P: Ya.

T: Esa línea recta eres tú en ese momento. Si llegados a un punto en tu vida tienes alguna recaída o sea te vuelve a dar ansiedad ¿qué harías?

P: Bueno, haría los ejercicios que he aprendido con usted.

T: Muy bien y eso te ha ayudado a reducir tu ansiedad como ya hemos podido comprobar.

P: Claro.

T: Entonces esa recaída o episodio de ansiedad sería leve (dibuja una pequeña fluctuación en la línea), muchísimo menor si la comparas con la ansiedad que sentías antes de iniciar el tratamiento (señala las distintas líneas con ambas manos).

P: Ya veo.

T: Claro es que ya no eres el mismo Luís que entró por primera vez a consulta, has aprendido distintas formas de afrontar la ansiedad.

P: Claro.

T: Así como no eres el mismo que cuando entraste, tampoco eres el mismo cuando salgas de este consultorio.

P: Comprendo pero ¿existiría la posibilidad de que me dé muy fuerte?

T: De que existe, existe. Pero si la midiéramos del 1 al 100 sería bajísima como un 5 o máximo un 10.

P: ¿Por qué tan baja?

T: Porque el avance que hemos tenido ha dado buenos resultados, lo que quiere decir, que son efectivas esas técnicas para controlar tu ansiedad. Si ocurriese entonces, tendrían que fallar esas técnicas, que podría pasar sí, pero como digo sería muy poco probable.

P: Entiendo.

T: Ahora algo que sí es importante es que a medida que vaya avanzando el tiempo generes más ideas flexibles o nuevas frases.

P: ¿Por qué?

T: Lo que pasa es que a veces, solo en algunos casos, al repetirte tanto una frase pierde algo de su efectividad o sea de su fuerza por eso se pide al paciente, cuando pueda, genere nuevas frases que tengan un impacto similar para ayudarlo cuando tenga malestar. Puede que te pase como no o que te pase de aquí a un buen tiempo.

P: Está bien y cuénteme doc. Si por esas casualidades me toca la mala suerte de una recaída fuerte ¿Tendría que volver a llevar el tratamiento?

T: Ya te veo alerta (ríe).

P: (ríe) No doc., es curiosidad.

T: En ese caso dudo mucho que llevarías todas las sesiones nuevamente, más bien, lo que haríamos sería refrescar y fortalecer las técnicas que tú ya sabes. Pero para eso tenemos el seguimiento.

P: ¿A qué se refiere?

T: El seguimiento es lo que sigue tras la finalización del tratamiento. Son sesiones de refuerzo en las cuales vamos a ver cómo vas desarrollándote en tu vida cotidiana después de todo lo aprendido. Generalmente aquí se absuelven dudas sobre problemas puntuales o se afinan los métodos de las técnicas aunque suelen ser pequeños ajustes.

P: ¿Entonces tengo que seguir viniendo todavía?

T: No. Estas sesiones se dan a lo largo del tiempo. Esta sesión es para ver en qué fechas podríamos quedar para vernos de nuevo.

P: ¿Y cada cuanto habría que verse?

T: Yo suelo espaciarlos en 1, 2 y 6 meses.

P: Ah, es en bastante tiempo.

T: Así es.

P: Yo pensé que era más cerca.

T: No, por eso es importante estar en contacto. Así podemos ver si hay algún cambio en las fechas a último minuto. Como es solo para ir comprobando el efecto del tratamiento que ha sido efectivo, pueden ser algo flexible las sesiones.

P: De acuerdo.

T: Entonces ¿te parece bien si quedamos así 1, 2 y 6 meses?

P: Sí, aunque no sé qué este haciendo de aquí a 6 meses (ríe).

T: Yo tampoco (ríe) pero por eso hay que estar en contacto.

P: Está bien.

T: Muy bien ¿tienes alguna otra duda?

P: Sí ¿tengo que seguir usando el cuaderno?

T: Yo diría que si lo quieres dejar por lo menos lo uses hasta que acabe el seguimiento.

P: ¿Por qué?

T: El cuaderno es solo un medio por el cual tú te haces más consciente de tu pensamiento porque los sistematizas, además que anotas frases que pueden ayudarte a evaluar los acontecimientos más acorde a la realidad. Llegados a un punto eso lo vas a poder ir haciendo de manera automática y sin la necesidad del cuaderno pero por el momento yo sí te lo recomendaría.

P: Está bien.

T: ¿Cómo te fue con la práctica de la técnica de solución de problemas?

P: Resolví algunas cosas del hogar con el método junto con mi esposa. Nos reímos bastante de estar analizando algo tan cotidiano de una manera ardua (ríe).

T: Que bueno ¿y llegaron a resolver el problema?

P: Sí, llamar al que repara las cañerías era la mejor opción.

T: Claro, podía parecer obvio pero lo importante era que practiques.

P: También me percaté que así se ven más posibilidades.

T: También eso nos permite ver posibilidades que de otra manera pasaríamos por alto ¿Resolviste algún otro problema con la técnica?

P: Bueno la usé con mi salón.

T: ¿Cómo así?

P: La usamos porque se estaban perdiendo cosas en el salón así que propusimos soluciones entre todos.

T: Ya ¿y cómo resultó eso?

P: Bueno, quedamos en que después de cada clase, antes de salir, todos verían si les faltaba algo para en ese mismo momento revisar las mochilas.

T: ¿y eso funcionó?

P: Bueno, supongo que el que lo hacía estuvo ahí porque desde entonces no se pierde nada.

T: Que bueno Luís ¿lo usaste de manera individual durante estas dos semanas?

P: Sí, para elegir cual sería el nuevo plato que incluiríamos en la carta para el restaurant.

T: Interesante ¿y a qué conclusión llegaste?

P: Bueno, vi muchas opciones, sopesé costos, tiempos de preparación, que tanto se come en el año, si iba a ser por temporadas y también pregunté por la opinión de los clientes.

T: ¿Y a qué llegaste?

P: Elegí ají de gallina, es un plato que siempre se puede comer y que se puede servir varios platos de una sola preparación.

T: Eso está muy bien ¿hay algo más que consideres oportuno revisar?

P: No doc., me parece que ya resolví mis dudas.

T: Que bueno Luís. Entonces con esto concluiríamos el tratamiento.

P: Así es doc. Por fin (ríe).

T: Sí, ha sido un camino largo pero lo has sabido afrontar y ahora vemos los resultados.

P: Gracias doc., vendré para el seguimiento.

T: Sí, no te olvides que es de aquí a un mes, la primera sesión de seguimiento.

P: No, claro. Lo anotaré en mi agenda.

T: Listo, Luís. Entonces eso sería todo. Nos vemos en un mes.

P: Por su puesto doc., ya nos estamos viendo.

T: Hasta luego. El mejor de los éxitos.

P: Igualmente doc.

IV. Resultados

Se puede observar la efectividad del tratamiento en las pruebas de pre-test y post-test donde el paciente en el momento de la evaluación presentaba una ansiedad moderada la cual era consistente a su sintomatología ansiosa. Luego del tratamiento, al realizar la evaluación post-test, se encontró una disminución en la ansiedad de moderada a un puntaje no significativo dentro tanto del Inventario De Ansiedad De Zung como en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que se encontró una sintomatología ansiosa muy leve.

Por otro lado, tomando en cuenta los objetivos del programa, se puede concluir en la efectividad del mismo al lograrse el objetivo general propuesto. Esto se sustenta en el hecho de que el paciente, conforme transcurría el tratamiento, era capaz de replicar, tanto en sesión como fuera de esta, las técnicas y ejercicios preestablecidos en el programa de tratamiento, siendo capaz de manejar su ansiedad. Corroborando así la efectividad del mismo.

También se puede observar el criterio de la familia para medir el tratamiento realizado al paciente. La informante, en este caso la hija, refirió ver un cambio en el paciente para mejor al ya no interrumpir su trabajo ni sus quehaceres diarios a raíz de los ataques de pánico. Además acotó que es más proactivo, compartiendo más tiempo en familia y proponiendo viajes familiares en lugares más lejanos, donde el uso del transporte público es inevitable. Conductas que antes no se observaban en el paciente.

La autoobservación del paciente es también un aspecto importante para medir el éxito del tratamiento. El paciente refirió “desde que empecé el tratamiento ha sido un cambio radical en mi vida. Llevaba 22 años con la ansiedad y me limitaba en muchas cosas. Hoy ya no tengo ideas que me molesten ni me siento frustrado si no soy capaz de lograr algo, tanto a nivel físico como mental. He recobrado bastante la confianza en mí mismo y en lograr lo que quiero. Soy capaz de compartir más con mi familia y deje de tomar pastillas para la ansiedad, que era lo

que más me preocupaba a mi edad y por lo que me había decidido a llevar un tratamiento desde el principio”. Con base en esto se puede evidenciar un estado inicial y un estado final del paciente respecto a él mismo, siendo para él un avance positivo.

Asimismo en el criterio del terapeuta se pudo observar que el paciente, conforme transcurría el tratamiento, comprendió las bases teóricas de su trastorno, pudo identificar los estímulos internos y externos que mantenían su ansiedad y fue capaz de establecer estrategias cognitivas que permitieron evaluar sus ideas irracionales de una manera más objetiva lo que derivó una toma de decisiones más precisa. Además logró un estado de relajación óptimo por medio de los ejercicios de relajación y respiración. Mantuvo una actitud diligente en la práctica de los ejercicios y técnicas. Todo esto se tradujo en una mejoría en su cuadro de trastorno de pánico al punto de ya no cumplir el criterio diagnóstico del mismo.

Dentro del criterio funcional, se observó en el paciente, al término del tratamiento, un cambio a nivel conductual y fisiológico. No mostraba signos fisiológicos de ansiedad intensificados, como antes que predominaban la taquicardia, la hiperventilación, la sudoración y la cefalea. También se pudo observar cómo, con las técnicas aprendidas, se disminuyó la probabilidad de ocurrencia de la huida y por el contrario un aumento en la probabilidad de afrontamiento a las situaciones que le provocaban ansiedad. Además en la actualidad es capaz de realizar viajes largos, compartir un mayor tiempo de calidad con su familia y permanecer en su centro laboral o su hogar sin sufrir una ansiedad elevada. Finalmente cabe acotar que a medida que el tratamiento se dio, la ingesta de ansiolíticos por parte del paciente fue disminuyendo. Un factor importante a tener en cuenta para corroborar la efectividad del programa de intervención.

Dentro del seguimiento, se realizaron tres sesiones espaciadas en 1 mes, 2 meses y 6 meses respectivamente. El paciente comentó haber sufrido una ansiedad moderada dentro de

su escala emocional (6), realizada previamente en la terapia, antes de la primera sesión de seguimiento, es decir, dentro el primer mes terminado el tratamiento, debido a un viaje a provincia en avión, siendo esta una experiencia nueva para el paciente ya que nunca había viajado por este medio. No obstante, recalcó que la ansiedad se trató con éxito gracias a lo aprendido durante el tratamiento y que fue el único momento en el cual el sintió alguna molestia que pudiera relacionarse con la ansiedad vista durante las sesiones, ya que, de regreso a lima, no experimentó esta sensación. También comentó que la idea de incompetencia no es más una molestia para él y que el pensamiento de muerte muy esporádicamente aparece pero que es sencillo deshacerse de él. En la segunda sesión de seguimiento, 2 meses después de concluido el tratamiento, no hubo un reporte significativo de alguna molestia que aquejara al paciente que pudiera evidenciarse como un signo de alguna recaída y por el contrario hubo un aumento en el uso del transporte público y viajes, tanto solo como acompañado, a zonas más alejadas de lima. Se dan recomendaciones puntuales en cuanto a la organización del cuaderno de trabajo. Finalmente en la última sesión de seguimiento, 6 meses después de terminarse la terapia, el paciente refirió no sentir una ansiedad significativa desde el punto de vista de la escala emocional establecida en el tratamiento. Así mismo refirió que ya no presenta ideas sobre la muerte ni de manera esporádica. Se reafirman expectativas realistas sobre uno mismo y se recomienda seguir con el uso del cuaderno de trabajo el tiempo que se considere pertinente por el paciente. Se concluye el seguimiento

IV. Resumen, Conclusiones, Recomendaciones

El caso presentado es de Luis, un paciente de 57 años, que manifestaba desde hace 22 años ataques de pánico debido a una malinterpretación catastrófica de síntomas corporales, ansiedad y miedo, sumado a ideas de muerte, locura y enfermedad. La primera vez que experimentó este malestar fue a bordo de un bus, siendo un factor detonante las complicaciones laborales, educativas y sentimentales que en ese momento le afectaban. El paciente experimentó ideas de que moriría o que le pasaría algo, como perder el control o enfermarse. A esto se sumó el hecho de sentir sensaciones de ahogo, náusea, taquicardia, aumento en la temperatura corporal, sudoración palmar y facial; y una fuerte ansiedad y temor. Este conjunto de síntomas se mantuvo en el paciente durante aproximadamente 3 minutos lo que obligó al paciente a bajar del transporte público a fin de aminorar su malestar.

Desde entonces, los ataques de pánico no se limitaron al transporte público sino a cualquier lugar como su hogar y el negocio familiar que administra. Luego de 12 años, para contrarrestar el malestar, el paciente buscó ayuda en una posta médica, en la cual le recetaron bromazepam por 6 meses, con una cita pendiente para ver si sigue necesiéndolo, sin embargo termina auto-medicándose durante 10 años. El medicamento no mitigó completamente su ansiedad pero le permitió realizar sus actividades profesionales de docencia.

El paciente asistió a consulta psicológica para dejar de tomar pastillas ya que ese estilo de vida no concordaba con sus expectativas de una vida saludable. Con el fin de un diagnóstico apropiado se evaluó áreas de inteligencia, personalidad, ansiedad y depresión. En los resultados de esta evaluación se encontró que tenía una inclinación a rasgos compulsivos de personalidad y una ansiedad moderada. Junto a los datos históricos relacionados se concluyó en un diagnóstico de trastorno de pánico sin agorafobia.

Para lograr un cambio significativo en el paciente se realizó un programa de intervención de 14 sesiones, donde se pondría como base la terapia cognitiva de Beck. Perteneciente a las terapias cognitivo-conductuales. El objetivo general del tratamiento fue brindar mecanismos de afronte y reducción de ansiedad racionales. Este objetivo se logró mediante los siguientes objetivos específicos: psicoeducar al paciente en el modelo cognitivo-conductual del trastorno de pánico; establecer la relación entre cognición, emoción y conducta; reducir el nivel de ansiedad mediante la técnica de relajación; reestructurar las creencias irracionales con respecto a los estímulos que mantienen la ansiedad y facilitar la toma de decisiones frente a la posibilidad futura de una recaída con la técnica de Solución de Problemas.

Al finalizar el tratamiento se realizaron tres sesiones de seguimiento espaciadas en 1 mes, 2 meses y 6 meses. El paciente antes de la primera sesión de seguimiento refirió sentir una ansiedad moderada al viajar en avión a provincia. No obstante refirió que fue capaz de hacerle frente con las técnicas aprendidas durante la terapia. Así mismo se fue evidenciando conforme avanzaba el tiempo que los pensamientos asociados a la ansiedad ya no aparecían de forma habitual. Pasados los 6 meses el paciente no mostraba ansiedad clínicamente significativa, no mantenía creencias distorsionadas frente a la ansiedad y evidenciaba un pensamiento racional más estable.

Dentro de las conclusiones del caso se pueden observar las siguientes:

- El tratamiento cumplió su objetivo general de brindar mecanismos de afronte y reducción de la ansiedad de una manera racional.
- El paciente logró controlar la ansiedad sin necesidad de ansiolíticos, como deseaba previamente al tratamiento.

- El nivel de ansiedad del paciente alcanzo niveles no significativos similares a los previamente establecidos en la terapia.
- Al finalizar el tratamiento, el paciente fue capaz de establecer pensamientos alternativos más racionales y acordes a la realidad.
- Al finalizar el tratamiento, el paciente dejó de cumplir el criterio de trastorno de pánico.
- Se observó una capacidad óptima del paciente para generalizar el conocimiento adquirido en la terapia a situaciones específicas fuera de esta.

Así mismo, como recomendaciones se puede acotar lo siguiente:

- Fomentar la adaptación de pruebas psicológica específicas para el trastorno de pánico a la realidad nacional.
- Profundizar en la investigación clínica y estadística de casos de trastorno de pánico en Perú y observar los factores correlacionales que puedan mantener dicho trastorno dentro de nuestra realidad nacional.
- Concientizar a la población sobre este trastorno y establecer un canal de comunicación efectivo para su tratamiento y prevención.
- Promover el ejercicio profesional de la psicología y psicoterapia responsable a fin de equiparar el aumento en el porcentaje de trastornos psicológicos en la población.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. España: Masson.
- Antón, V., García, P. & García, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. EEUU: The Guilford Press.
- Báguena, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713313>
- Beck, A. & Clark, T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclee De Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (2008). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (1997). Terapia cognitivo-conductual: antecedentes y técnicas. *Revista psicológica Veritas*, 3(3), 49-70.
- Bernstein, D., & Nietzel, M. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill.

- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713312>
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Volumen 1*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carrobbles, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. España: Pirámide.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713309>
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Colombia: Ecoe Ediciones.
- Freeman, A., Felgoise, S., Nezu, C., Nezu, A., & Reinecke, M. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. EEUU: Springer.
- Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. España: Pirámide.
- Labrador, F., Cruzado, J., & Muñoz, M. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.
- Mckay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. España: Martínez Roca.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, Trastornos mentales y del comportamiento: Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. España: Méditor.

Riggenbach, J. (2013). *The CBT Toolbox: A Workbook for Clients and Clinicians*. EEUU: PESI Publishing & Media.

Romero, G. (2006). Tratamiento Cognitivo-conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizán*, 7(1), 65-75.

Recuperado de

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVO-CONDUCTUALDE.pdf>

Salgado, A. (2001). Análisis epistemológico de la terapia cognitivo conductual. *Revista Cultura de la Universidad de San Martín de Porres*, 15(19), 415-482.

Sierra, J., & Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10 - 59.