



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
DEL TRASTORNO DE PÁNICO BAJO LA TERAPIA COGNITIVA
CONDUCTUAL**

PRESENTADA POR
GRACE ANDREA MORENO POLO

ASESOR
JOSÉ PAULINO ORÉ MALDONADO

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
TURISMO Y PSICOLOGÍA

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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL
TRASTORNO DE PÁNICO BAJO LA TERAPIA COGNITIVA
CONDUCTUAL**

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

**PRESENTADO POR:
BACH. GRACE ANDREA MORENO POLO**

**ASESOR:
MG. JOSÉ PAULINO ORÉ MALDONADO**

LIMA, PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi hijo por ser mi motivación, inspiración y fortaleza para ser mejor cada día y poder entregarle un mundo mejor.

A mi esposo por ser mi apoyo incondicional, por acompañarme en este camino y alentarme para lograr mis metas.

A mi madre por enseñarme a que las ambiciones deben ser grandes sin importar que parezcan imposibles y por sobre todo por hacerme resiliente con el ejemplo.

Agradecimiento

En esta oportunidad quiero agradecer a mi esposo por su complicidad y por enseñarme a nunca rendirme.

A la MG. Gladys T. por dotarme de conocimientos y por la exigencia en el internado.

A mi asesor José Oré por sus consejos y por haberme guiado en este proceso académico.

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| PORTADA | i |
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| ÍNDICE | iv |
| INTRODUCCIÓN | vi |
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO | 8 |
| 1.1. Ansiedad | 8 |
| 1.1.1. Antecedentes Históricos | 8 |
| 1.1.2. Conceptualización de la Ansiedad | 9 |
| 1.1.3. Ansiedad Normal y Patológica | 10 |
| 1.1.4. Clasificación de los Diferentes Tipos de Ansiedad según el DSM-5 y CIE-10..... | 12 |
| 1.2. Trastorno de Pánico..... | 16 |
| 1.2.1. Conceptualización del Trastorno de Pánico | 16 |
| 1.2.2. Epidemiología | 17 |
| 1.2.3. Factores de Riesgo o Vulnerabilidad..... | 18 |
| 1.2.4. Factores de Mantenimiento | 21 |
| 1.2.5. Comorbilidad..... | 22 |
| 1.3. Terapia Cognitiva Conductual..... | 23 |
| 1.3.1. Antecedentes..... | 23 |
| 1.3.2. Terapia Cognitiva – Conductual | 25 |
| 1.4. Técnicas Utilizadas para el Caso..... | 27 |
| CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO | 28 |
| 2.1. Datos de Filiación | 28 |

| | | |
|---|--|------------|
| 2.2. | Motivo de Consulta | 28 |
| 2.3. | Procedimiento de Evaluación | 29 |
| 2.4. | Informe Psicológico..... | 39 |
| 2.5. | Identificación del Problema..... | 44 |
| CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA..... | | 47 |
| 3.1. | Especificación de los Objetivos de Tratamiento | 47 |
| 3.2. | Diseño de Estrategias de Tratamiento..... | 50 |
| 3.3. | Aplicación del Tratamiento o Procedimiento..... | 57 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS..... | | 139 |
| 4.1. | Criterio del Paciente..... | 139 |
| 4.2. | Criterio Familiar..... | 140 |
| 4.3. | Criterio Clínico..... | 141 |
| 4.4. | Criterio Funcional..... | 142 |
| 4.5. | Criterio Psicométrico | 143 |
| 4.6. | Seguimiento | 144 |
| CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | | 145 |
| 5.1. | Resumen..... | 145 |
| 5.2. | Conclusiones | 146 |
| 5.3. | Recomendaciones | 147 |
| REFERENCIAS..... | | 149 |
| ANEXOS | | 157 |

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, los trastornos de ansiedad vendrían a ser temas muy polémicos, debido a que sus causales son multifactoriales que conllevan a interferir con la funcionabilidad en diversos ámbitos de la persona a nivel social, laboral, académico, familiar, etc; afectando su bienestar y estilo de vida óptimo, generándole angustia, temor excesivo e inseguridad, la cual afecta a la mayoría de personas sin distinguir género, edad, estrato socioeconómico, pues en nuestra sociedad tanto niños, adolescentes y adultos la padecen; asimismo, según los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN, 2015), señalan que anualmente en promedio, el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental, sin embargo, la población que en mayor porcentaje evidencia trastornos ansiosos es la población adulta. La ansiedad presenta síntomas tanto fisiológicos, somáticos y cognitivos, los cuales suelen ser; hiperhidrosis palmar, temblores en las extremidades, palpitaciones fuertes (taquicardia), sequedad bucal, dificultades para respirar (hiperventilación), náuseas, mareos, angustia, preocupación excesiva y miedo a morir (Ferre, 2011); es por ello que cuando esto sucede la mayoría de las personas afectadas no suelen controlarlo y terminan acudiendo a los centros médicos u hospitales por emergencia (Instituto Nacional de Informática y Estadística, 2003).

Los trastornos mentales, en especial la depresión y los trastornos de ansiedad, son los problemas más serios de salud pública en todo el Perú, siendo el trastorno de pánico uno de los más atendidos, y la prevalencia de vida de este es en la población adulta entre los 18 y 60 años de edad (INSM HD-HN,2003).

Entre tanto, el presente estudio de caso describirá el tipo de terapia que se llevará a cabo, según el modelo cognitivo conductual (TCC), que se caracteriza por la modificación de los pensamientos distorsionados que generan en el individuo un estado ansioso, así como también disminuir o eliminar los comportamientos o conductas desadaptativas que hacen que la sintomatología ansiosa se mantenga; sustituyéndolos por otros más adaptativos generando en el individuo una mejor funcionalidad (Ellis, 1962).

Cabe señalar que, la terapia cognitivo conductual, puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001), por ende es una de las más utilizadas por los profesionales de la salud mental y la que presenta mayor eficacia en los resultados, debido a que se le brinda al individuo técnicas y herramientas para que pueda sobrellevar dicho trastorno de una manera más adecuada y eficaz.

Este estudio dará a conocer todo lo correspondiente al marco teórico de los diferentes aspectos de los trastornos de ansiedad dando énfasis al trastorno de pánico; asimismo, se realizará la presentación del caso clínico en donde se implementará el programa de intervención terapéutica, finalmente se presentará los resultados finales obtenidos, el resumen, las conclusiones y las recomendaciones correspondientes.

Cabe señalar que las fuentes de información que se utilizaron para este estudio de caso clínico han sido artículos, libros, estudios de caso especializados en psicología basado en trastornos de ansiedad y otras aplicaciones del trastorno de pánico.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Ansiedad

1.1.1. *Antecedentes Históricos*

Para el inicio del caso clínico señalaremos en primera instancia los antecedentes históricos sobre la ansiedad.

El estudio de la ansiedad surgió como desarrollo de la psicología, al tratar trastornos como la esquizofrenia o la depresión. Con el tiempo, y logrando interpretar mejor estos trastornos, se logró entender mejor otras emociones como fue el caso de la ansiedad. Se menciona que desde que se le comenzó a tomar importancia a esta, ha pasado a ser una sensación predominante en estos días (Sierra, Virgilio & Zubeidat, 2003).

A lo largo de las décadas el concepto de ansiedad ha adquirido una gran variedad de dimensiones, a medida que se entendía mejor. Para los años 1950, se le percibía como una emoción adaptativa, la cual era constante y se veía generada por situaciones “omnipresentes” y aparentemente, aparecía sin una causa justificada (Wolpe, 1959).

Para los años siguientes adquirió otra dimensión, donde se entendió que los desencadenantes de la ansiedad eran estímulos internos y externos, en donde el estado cognitivo paso a tener un rol principal en la aparición de la ansiedad (Franks, 1969).

En las siguientes décadas se le comenzó a relacionar con estímulos amenazantes y peligrosos, y se comenzó a entender cómo es que afectaba la fisionomía y homeostasis del cuerpo, así como el grado en el que afecta depende del individuo (Lewis, 1980).

1.1.2. Conceptualización de la Ansiedad

Se puede decir que la ansiedad es una sensación normal e instintiva del ser humano. Su existencia sería de suma importancia como mecanismo defensivo, necesarios para el aprendizaje ontológico y para el desarrollo y estímulo de la personalidad. Se caracteriza por un estado de agitación general, alarma e inquietud, que aparece en momentos de peligro o preocupación en general (Reyes, 2005). Esto hace que no sea raro que todos la hayamos experimentado en algún momento.

Lazarus (1982) sugiere que la ansiedad permite enfrentar los problemas que la desencadenan, a diferencia del estrés, el cual minimiza el estado emocional, pero no soluciona lo que generó dicha situación.

Según Sigmund Freud (1986) la ansiedad surge a raíz del conflicto mental, esto sería como una “transformación tóxica” de nuestras energías tanto internas como externas, de un Ello que necesita determinadas cosas y que no puede alcanzar ni satisfacer, así como también de esas obsesiones que a menudo se esconde y que suelen generar miedos injustificados o incluso la sombra persistente de ciertos traumas enquistados. Cabe señalar, que Freud enfatizó y fue quien inició el comienzo de la búsqueda para la cura de lo que denominó “ansiedad neurótica”.

Beck (1985) refiere que la ansiedad es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas; es decir, uno de los principios centrales de la teoría cognitiva de la ansiedad es que el miedo y la ansiedad anormal se derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa. La activación de las creencias disfuncionales (esquemas) sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados provoca un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación. Por lo tanto, la

ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo, el cual es la consecuencia de la valoración del peligro y la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Fernández (2012) enfatizó que la ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes; sin embargo, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS, 2008) describe a la ansiedad como una respuesta anticipatoria de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión o conductas evitativas. Por otra parte, Lang (2002) menciona que se asocia a una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2013), los trastornos ansiosos son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

1.1.3. Ansiedad Normal y Patológica.

Rodríguez (2018) describe a la ansiedad adaptativa o no patológica, como una sensación normal y habitual ante situaciones externas estresantes. Además, las considera necesarias ante las demandas del medio ambiente. Sin embargo, este autor sugiere que, si esta sensación sobrepasa esta necesidad adaptativa, se

convierte en patológica (llamado también ansiedad desadaptativa), la cual comprende de síntomas físicos, conductuales y psicológicos que suelen ser inespecíficos.

Un concepto similar es el descrito por Benytez (2019) quien atribuye un valor adaptativo a la ansiedad cuando permite desarrollar estrategias para enfrentar situaciones que resultan ser adversas; así es como resulta ser un sistema de defensa necesaria para la supervivencia. Cuando las dimensiones de esta sensación son desproporcionadas pudiendo generar una inquietud que afectaría la calidad de vida del individuo, es cuando se considera como ansiedad patológica.

También se define a la ansiedad adaptativa como, una sensación emocional que estresan al paciente en diferentes situaciones, en donde el individuo responde al estímulo de forma adecuada. Se afirma que estos estímulos pueden ser reales o imaginarios y que se debe reaccionar proporcionalmente al grado de efecto de este. Contrario a la ansiedad patológica, la cual se considera como desproporcionada y que limita el rendimiento cotidiano de la persona, pudiendo afectar el rendimiento laboral, académico, personal, familiar o físico, además de generar sensaciones desmotivadoras y desagradables (Carpio & Siwin, 2018).

Cabe señalar que se ha evidenciado que la ansiedad patológica, se da también de manera irracional, incluso, estando ausente el estímulo desencadenante. La reacción a esta es excesiva e injustificadamente larga. Esta condición sobrepasa el miedo adaptativo (instinto biológico), lo que conlleva a un grado de disfuncionalidad social y fisiológica (Secretaría de Salud, 2010).

A continuación en la Tabla 1, se presenta las características diferenciales entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica:

Tabla 1*Diferencia entre la Ansiedad Normal y la Ansiedad Patológica*

| ANSIEDAD NORMAL | ANSIEDAD PATOLÓGICA |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacción emocional poco intensa o persistente. ▪ Impulso positivo/ productivo ▪ Se da en relación con la situación (adaptativa). ▪ Adecuación al estímulo. ▪ Es de intensidad moderada no es frecuente y desaparece rápidamente. ▪ No interfiere con la vida cotidiana, no limita las posibilidades y libertades del sujeto. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacción emocional muy intensa, profunda y recurrente. ▪ Interfiere en el rendimiento ▪ Desorganizadora de la conducta adaptativa. ▪ Es desproporcionada frente a la situación no amenazante. ▪ Es de alta intensidad, es frecuente y mantiene en estado de alerta. ▪ Coarta las posibilidades de pensar y actuar. |

Fuente: Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: Su carácter complejo y multidimensional (2009).

1.1.4. Clasificación de los Tipos de Ansiedad según el DSM-5 y CIE-10.

A continuación, se describirán los trastornos de ansiedad según, el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2013).

De acuerdo al DSM-5, se encuentran los siguientes trastornos:

- Trastornos por ansiedad de separación.
- Trastornos por mutismo selectivo.
- Trastornos Pánico.
- Agorafobia.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad social.
- Trastornos de ansiedad generalizada.
- Trastornos de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.
- Trastornos de ansiedad atribuible a otras condiciones médicas.

- Otros trastornos específicos de ansiedad.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

Cabe mencionar que, los cambios más importantes del DSM-5 respecto al DSM-IV en relación con los trastornos de ansiedad son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013; Tortella-Feliu; 2014):

- El trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, aunque sigue considerándose su estrecha relación con los trastornos por ansiedad, sin embargo, ya no se incluyen en este apartado.
- El trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo, antes incluidos en los trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia, se incluyen dentro de esta entidad y se considera que pueden tener su inicio más allá de los 18 años.
- El trastorno por angustia y la agorafobia se rigen como diagnósticos independientes que se codifican por separado.

A continuación, se mencionarán los trastornos de este mismo grupo según la clasificación internacional de enfermedades CIE – 10 (1992), la cual está comprendido por los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, pertenecen al grupo de F40 a la F48:

- F40. Trastornos de ansiedad fóbica.
- F40.0 Agorafobia.
- F40.1 Fobia sociales.
- F40.2 Fobias específicas (aisladas).
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
- F41 Otros trastornos de ansiedad.

- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F 41.2 Trastorno mixto ansioso – depresivo.
- F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad específica.
- F41.9 Otros trastornos de ansiedad sin especificar.
- F42 Trastorno obsesivo – compulsivo.
- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otros trastornos obsesivos – compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo compulsivo sin especificar.
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- F43.0 Reacciones a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post – traumático.
- F43.2 Trastornos de adaptación.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacciones a estrés grave sin especificación.
- F44 Trastornos disociativos (de conversión).
- F45 Trastorno somatomorfo.
- F48 Otros trastornos neuróticos.

A continuación en la Tabla 2, se describirá un cuadro comparativo de los trastornos de ansiedad en base al DSM-5 y al CIE-10:

Tabla 2

Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5 (2013) y la CIE-10 (1992)

| DSM-5 | CIE-10 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de ansiedad por separación | — |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mutismo selectivo | — |
| — | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos de ansiedad fóbica: <ul style="list-style-type: none"> • Agorafobia • Sin trastorno de pánico • Con trastorno de pánico |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agorafobia | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de ansiedad social | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fobia social |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fobia específica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fobias específicas (aisladas) ▪ Otros trastornos de ansiedad fóbica ▪ Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de pánico | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de pánico |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de ansiedad generalizada | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de ansiedad generalizada ▪ Trastorno mixto ansioso-depresivo ▪ Otro trastorno mixto de ansiedad ▪ Otros trastornos de ansiedad especificada ▪ Otros trastornos de ansiedad no especificado ▪ Trastorno obsesivo - compulsivo ▪ Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación. ▪ Trastornos disociativos (de conversión) ▪ Trastornos somatomorfos ▪ Otros trastornos neuróticos |

Fuente: American Psychiatric Association, 2013; Organización Panamericana de la Salud, (2010).

A continuación, se describirá el trastorno de pánico debido a que el paciente de este caso clínico presenta dicha sintomatología y cuadro clínico:

1.2. Trastorno de pánico (TP)

1.2.1. Conceptualización del Trastorno de Pánico

Rueda (2019) define al Trastorno de Pánico como la aparición repentina de miedo intenso y que puede durar hasta 10 minutos; además, puede presentar síntomas como miedo a morir, aumento de pulso, escalofríos, sudoración, temblores entre otros. Asimismo, se ha conceptualizado al ataque de pánico, como un sistema de alarma propio al cuerpo humano, el cual se da ante circunstancias de alto estrés, en donde cuyos antecedentes como éste suele agravar su aparición (Frangella & Gramajo, 2014).

Se describe a la sintomatología del TP como la aparición súbita de miedo y/o malestar intensos que alcanza su máxima expresión en minutos y ha de presentarse al menos cuatro de los trece síntomas descritos; palpitaciones, sacudidas del corazón o ritmo cardíaco acelerado; sudoración; temblor o sacudidas musculares; sensación de respiración dificultosa o miedo a atragantarse; dolor o molestias en el tórax; náuseas o malestar abdominal; sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones (American Psychiatric Association, 2000).

Según el DSM-5 (2013) define al TP como la experiencia de ataques de pánico, repentinos y recurrentes, por la cual al menos uno de estos ataques es seguido por un período de por lo menos un mes de gran preocupación por sufrir otros ataques o por las consecuencias de éstos (e.g., ataque cardíaco), o por un cambio conductual significativo como consecuencia de los ataques (e.g., evitación de situaciones, búsqueda de seguridad).

De acuerdo al CIE-10 (1992) el ataque de pánico es en esencia la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Se caracteriza por la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización), así como también, un temor excesivo a morir, a perder el control o a enloquecer. Por lo tanto, un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

1.2.2. Epidemiología

Es necesario mencionar que los trastornos psicológicos, como el ataque de pánico, se ven originados por una serie de factores de riesgo y para poder entender mejor estos episodios, es necesario tratar de abarcar la mayor cantidad de variables posibles, es por ello que, se logró identificar que los pacientes que acuden a hospitales de Lima Metropolitana, buscando atención psiquiátrica ambulatoria, presentan TP, siendo este el segundo trastorno con mayor incidencia 13.8% (Lozano & Vega, 2018). También se evidenció que estos trastornos afectan menos a los hombres, a diferencia de las mujeres (Saavedra, 2019).

Asimismo, los TP están asociados a otros cuadros como la ansiedad, donde el 54% de pacientes evidencian ansiedad patológica. En la escala de muertes por año atribuidas a las enfermedades mentales, este trastorno se ubica en una escala más alta que la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple o epilepsia, pero en menor tasa que el alcoholismo, depresión y demencia (Bandelow & Michaelis, 2015). Además, existe una relación entre TP y agorafobia, en donde el 75% de pacientes que padecen el segundo, también padecen el primero (Gómez, 2012).

Debido también a los efectos fisiológicos que presenta el tener un ataque de pánico, Martínez & Nelson (2011) afirman que es el trastorno no psiquiátrico se presenta con mayor frecuencia en zonas de urgencia, por lo que genera una dolencia en el miocardio, el cual suele confundirse con un infarto.

Los trastornos de ansiedad presentan una prevalencia de vida de 25.3% (20.3% para varones y 30.1% para mujeres), asimismo, como la prevalencia de vida de los trastornos psiquiátricos en general en Lima Metropolitana y Callao es de 37.3%. (INSM HD-HN, 2012).

Por otro lado, los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (INSM HD-HN, 2012) dan cuenta que, anualmente en promedio, el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental. Según estos estudios, las prevalencias anuales más altas que el promedio se encuentran entre las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa. Los estudios realizados en las zonas rurales del país encontraron que esta prevalencia es de 10,4%, siendo mayor en la zona rural de la región Lima.

Asimismo, Cutipé (2018) director ejecutivo del ministerio de salud mental, refiere que en la actualidad existe aproximadamente un 20 % de la población del país que requiere de atención en salud mental, siendo los más frecuentes los referidos a trastornos depresivos, de ansiedad y ataques de pánico.

1.2.3. Factores de Riesgo o Vulnerabilidad

Los pacientes diagnosticados con TP, han presentado frecuentemente comorbilidad con otros trastornos emocionales, así como factores sociales como el abuso de sustancias, que conllevan a favorecer la aparición y desarrollo de esta patología (Martinez & Nelson, 2011).

Por ello es posible pretender interpretar y diagnosticar al trastorno de pánico a partir de los factores de riesgo o vulnerabilidad que pueden presentarse (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006).

Factores Neurológicos. Se ha evidenciado que, en situaciones de estrés adaptativo, la médula suprarrenal y la adrenalina son los que tienen un papel principal (Koppmann, 1992). Otros trabajos han evidenciado los mecanismos de acción neurológica ante diferentes agentes que desencadenan las crisis estudiadas. Por ejemplo, que el lactato sódico provoca crisis de ansiedad en pacientes con ataques anteriores, por encima de pacientes sanos. También se ha evidenciado que la hiperventilación (aumento en el consumo de CO₂), es un desencadenante de diferentes crisis mentales, donde al ser más sensibles los receptores respiratorios, se da una alcalosis metabólica lo que genera un estado de hipoxia, la que afecta directamente el Locus Coeruleus (región del tallo cerebral). Se presume que justamente las crisis de ansiedad y asociadas giran en torno a esta estructura. Otras zonas asociadas, son el sistema límbico, donde se estimula la ansiedad anticipatoria (adaptativa) y al córtex prefrontal, donde se origina la conducta evasiva frente al estímulo "peligroso" (Koppmann, 1992; Gorman, Liebowitz, Fyer & Stein, 1989).

Genética y Temperamento. Para el TP, Horwath & Weissman (1995) sugieren que en personas del sexo femenino y de edad media son las más propensas a sufrir estas patologías. Asimismo, el consumo de drogas también puede acrecentar su aparición.

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2003) mostró que las mujeres 16.2% consumen una mayor cantidad de ansiolíticos que los hombres 8.3%, lo que también podría acrecentar la aparición de trastornos mentales. Además Koppmann (1992) menciona que la proporción de mujeres con diagnóstico de

trastorno de pánico está en relación de 1 con respecto a los varones. Se sugiere también, que la edad de aparición propensa es entre 20-40 años, con una edad promedio de 26. A medida que se aumenta la edad, la incidencia disminuye. También se clasifica a la menopausia, como factor de riesgo en la aparición del TP. Se ha encontrado también, una relación entre un gen autosómico dominante y la aparición de crisis de angustia, aunque se menciona que este gen está mas relacionado a la heredabilidad de la susceptibilidad a desarrollar dichas dolencias (Syvalant, 1989) por lo que no se le podría considerar como un factor determinante, pero sí condicionante.

Sensibilidad a la Ansiedad. Si bien se suele confundir a la ansiedad con el miedo, la primera es una sensación preventiva, que aparece antes de exponerse a una situación que se suele percibir como peligrosa o amenazante. Por otro lado, el pánico o miedo, aparece al mismo tiempo que aparece la amenaza. Sin embargo, ambas emociones son codependientes, dado que aparecen ante los mismos estímulos, pero varía según el momento y manejo de la situación (Antony & Barlow, 1996). Esto puede sugerir que pacientes con altos grados de ansiedad, lo tengan también de pánico.

Conciencia Interoceptiva. Se ha podido documentar que pacientes con diagnóstico confirmado de TP, puede verse afectado al deteriorar las actividades recreativas de manera inconsciente, lo que también tiene un efecto en el funcionamiento “normal” social (Martinez & Nelson, 2011). Esto hace que el TP pueda ser el principal motivo en la disfunción de habilidades de relaciones interpersonales, conyugales y de pareja.

Con respecto a un punto de vista laboral, los pacientes con trastorno de pánico suelen ser menos asertivos y eficaces al momento de resolver problemas.

Asimismo, se sabe que el individuo que padece TP tiene la capacidad para lograr identificar ciertos estímulos o sintomatología que éste trastorno presenta, llegando a considerar a esta habilidad como una predisposición al TP, puesto que el individuo se encontrará frecuentemente en estado de alerta, predispuesto a buscar la manera de evitar o escapar de la sintomatología tanto fisiológica como la cognitiva.

Factores Familiares. Como se ha mencionado, ser diagnosticado con TP tiene implicancias que pueden dificultar la adecuada relación con nuestros pares sociales. Pero también se ve influenciada por nuestra percepción familiar y social. La falta de un comportamiento asertivo puede afectar la convivencia familiar, lo que también sería un agravante de la enfermedad. Otro factor es el tema económico, el cual se ve afectado por el ausentismo laboral, y por los altos costos que implican tratar adecuadamente al TP (Who European Region, 2005). Genera una especie de círculo vicioso, donde los factores sociales y familiares pueden potenciar y favorecer el desarrollo de la enfermedad.

1.2.4. Factores de mantenimiento

Condicionamiento Interoceptivo. El tratamiento tradicional para el trastorno de pánico siempre ha sido orientado a sensibilizar al paciente frente estímulo que desencadena el ataque.

Ya sea mediante la exposición a este, estrategias para disminuir su impacto, o una reestructuración cognitiva. Sin embargo, se ha sugerido, que el principal miedo del paciente no es tanto por el estímulo, sino por ser conscientes del estado fisiológico en que este estímulo les puede generar, es decir, temerle a tener un ataque de pánico más que al desencadenante de este (Amodeo, 2016).

Es así como surgieron los tratamientos interoceptivos, donde se enfoca dicho tratamiento, en la atenuación de reacciones somáticas inherentes al cuerpo, los cuales se ven activados ante el cuadro de pánico. El tratamiento interoceptivo busca generar los mismos efectos corporales, pero a partir de estímulos más recreativos como la actividad física y sexual (Sandin, 2005).

Interpretación Catastrófica de las Sensaciones. Se ha descrito como un componente de los efectos del TP. Se percibe a las sensaciones internas como peligrosas y una sensación de estar a punto de morir por sentirla. Es decir, que las emociones no pueden soportarse. Eso sucedería porque se activa un sistema de alarma general ante la situación de pánico, la cual se intensifica con tiempo, pudiendo llegar a interpretar a dichas sensaciones como catastróficas (Frangella & Gramajo, 2014; Agustín, 2018).

1.2.5. Comorbilidad

La comorbilidad en el TP es variante, sin embargo, estudios han demostrado que el 70% de los pacientes con TP presentan un cuadro comórbido, en donde los trastornos más comunes son la depresión, la fobia social y la ansiedad generalizada (National Institute of Health -NIH, 2000).

La depresión Comórbida. Los pacientes con TP y agorafobia tienen, además, mayor riesgo de padecer episodios depresivos mayores durante su evolución (Bittner; Goodwin; Wittchen; Beesdo; Hofler & Lieb, 2004) de modo que deben ser advertidos de esa posibilidad para que si, una vez recuperado, reaparecen síntomas mínimos de depresión, consulte a la brevedad, para prevenir un episodio depresivo mayor o el retorno del temor. Asimismo, Vallejo (2015) refiere que la sintomatología que se presenta en el TP puede generar episodios depresivos.

La Fobia Social. La influencia de la fobia social en el TP ocurre generalmente al término del tratamiento, lo que en muchas ocasiones se puede determinar como tratamiento inconcluso o recuperación incompleta, como se menciona en el estudio de Fogler; Tompson; Steketee & Hofmann (2007) las personas que desarrollan la comorbilidad a este trastorno está asociado significativamente a la probabilidad del abandono del tratamiento.

Es por ello que el tratamiento debe de estar ligado bajo el modelo cognitivo – comportamental, dado que, ha demostrado resultados eficaces y con mayor probabilidad de mejoría en base a las recaídas (Bados, 2009).

Ansiedad Generalizada. De acuerdo a Vallejo (2015) menciona que el TP sin tratamiento adecuado o abandono de éste, el individuo puede desarrollar a largo plazo trastorno de ansiedad generalizada, por el temor o preocupación excesiva de la sintomatología persistente que presenta. Cabe señalar que, de acuerdo a diversos estudios de todas las ocasiones comórbidas, existe una gran probabilidad de comorbilidad entre los trastornos de ansiosos y el abuso de sustancias (Bados, 2015).

1.3. Terapia Cognitiva Conductual

1.3.1. Antecedentes

Bases Psicológicas de la TCC. La terapia cognitiva conductual tiene como 4 pilares los cuales son el condicionamiento clásico propuesto por Ivan Pavlov y John Watson, el condicionamiento operante por B.F. Skinner, la teoría del aprendizaje social por Albert Bandura y los modelos cognitivos (Minici, Rivadeneira & Dehab, 2001).

La terapia cognitiva se basa en el supuesto teórico donde los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene

de estructurar el mundo (Beck, 1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores, por ende, la terapia cognitiva se encarga de explicar los procesos que mediatizan la relación entre estímulo y respuesta, puesto que se quiere modificar los sentimientos y acciones a través de los patrones de pensamiento de la persona.

La Terapia Racional Emotiva de Ellis propone una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen; "No son las situaciones lo que determina cómo nos sentimos y actuamos, sino cómo pensamos acerca de ellas". Ellis inicialmente realizó sus prácticas bajo el enfoque psicoanalítico, con énfasis en la teoría de Karen Horney, fue recién en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia y en 1958 publica el modelo ABC para sesiones terapéuticas donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodoctrinamiento" en exigencias irracionales; sin embargo, fue evolucionando con el tiempo convirtiéndose a lo que ahora se conoce como TREC (Ellis & Bernard, 1994).

El objetivo principal de Ellis es permitir a los pacientes comprometerse con acciones que corresponda a su verdadero sistema de valores, en donde estos desarrollen una imagen constructiva y segura de sí mismos.

Es por eso que, la terapia racional emotivo-conductual (TREC), se define como un sistema de terapia que ayuda a las personas a vivir mejor, a través del cual, puede minimizar sus problemas emocionales y sus conductas desadaptadas, lo que le permite autorrealizarse para tener una vida más plena y feliz (Ellis & Bernard, 1990).

En este caso clínico se utilizó el enfoque de la terapia racional de Ellis donde se instauró una variedad de técnicas para con el paciente para lograr un adecuado proceso de aprendizaje durante el tratamiento psicoterapéutico.

Bases Filosóficas de la TCC. Las bases filosóficas destacan a lo largo del tiempo en dos grupos; por parte de Occidente “Estoicos, Aristóteles, Empiristas Ingleses, e Immanuel Kant” y por parte de Oriente “el budismo” (Beck & Shaw, 1983).

Aristóteles (384- 322 a.C) refería que el conocimiento procede de los sentidos que dotan a la mente de imágenes que se asocian entre sí según 3 leyes: la contigüidad, la similitud y el contraste (Carpio, 1974). Hoy en día, nos referimos a estoico como una persona que se mantiene calmado bajo presión, o que en otras palabras evita extremos emocionales (Oblitas, 2008).

1.3.2. Terapia Cognitiva Conductual

El principio del modelo cognitivo conductual es darle mayor importancia a las creencias personales y atribuciones cognitivas de un individuo. Esto permite predecir la conducta, especialmente la psicopatológica. Asimismo, menciona que otros autores como Ellis, dan más fuerza a procesos cognitivos no evidentes. Es así como, la manera en que se procesa la información del entorno juega un papel para entender posibles trastornos (Batlle, 2007).

Ruiz (2011) sugiere un modelo en donde se le da énfasis a cómo se percibe una creencia central a partir de creencias intermedias y centrales. Estas desencadenarían un pensamiento automático según la situación. Este pensamiento generaría una reacción a nivel emocional, fisiológica y conductual. Es así como este autor categoriza a las ideas que desencadenan la conducta en creencias centrales e intermedias. Cada una desarrollada a lo largo de la vida, siendo las primeras, ideas

más firmes a diferencia de las intermedias que suelen ser menos rígidas. Menciona además que tener claro estas creencias, es una buena herramienta para desarrollar terapias.

Se muestra que el modelo cognitivo-conductual, desmenuza al problema permitiendo su mejor entendimiento. Este método permite aislar los estímulos disipadores de pensamiento, emociones, conductas, factores medio ambientales, y otras situaciones que desencadenan el comportamiento. Menciona a Albert Ellis como un precursor de este modelo, el cual está basado en experiencias iniciales las que formarían creencias disfuncionales afectando el enfrentamiento de problemas, y en caso se vuelva un problema psicológico específico, puede desarrollar un trastorno de comportamiento (Ibáñez & Manzanera, 2012).

Según Hernández (2016) la prueba Ellis, permite relacionar un evento con la percepción subjetiva que se tiene sobre este, y la reacción emocional que se genera en la persona. Es así como se permite separar el objeto del evento y los pensamientos y creencias que se tienen sobre este. Esta percepción entonces estaría sujeta a un tema propio de cada uno, basándose en experiencias previas. De esta manera, se pueden cambiar algunas percepciones irracionales por unas que sean más favorable para el comportamiento del individuo.

Entonces, se puede concluir que la TCC es un enfoque que ayuda a entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos; asimismo, ayuda al individuo a cambiar la forma en cómo piensa "cognitivo" y cómo actúa "conductual" por otras formas de pensar más flexibles y racionales, generando al individuo bienestar y alivio a los síntomas que le generan malestar.

Características Principales de la TCC. La TCC se caracteriza por presentar características únicas como; basarse en evidencia empírica, es una terapia directiva y activa, la cual favorece al proceso terapéutico generando un pronóstico positivo de éste, cuenta con una mayor accesibilidad tanto para los profesionales que deseen especializarse bajo este modelo o a las personas que deseen recibir ayuda a través de este enfoque.

Por otro lado, Mahoney (1977) menciona los principios fundamentales de la TCC; en donde el organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, y no al medio propiamente dicho, a su vez estas representaciones cognoscitivas están relacionados con el proceso de aprendizaje; en donde la mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente y los pensamientos, sentimientos y conductas son casualmente interactivos.

1.4. Técnicas utilizadas para el caso

Para el desarrollo de este caso clínico se utilizaron las técnicas conductuales como; el modelado, la respiración diafragmática y relajación muscular; técnicas cognitivas como la Reestructuración cognitiva, el ABC, auto registro y la psicoeducación y finalmente técnicas emotivas como, role playing e imaginación racional - emotiva.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. Datos de Filiación

| | | |
|-----------------------------|---|---------------------|
| Nombres y Apellidos | : | B.B.F |
| Edad | : | 27 años |
| Sexo | : | Masculino |
| Fecha de nacimiento | : | 10/05/1991 |
| Lugar de nacimiento | : | Bellavista - Callao |
| Grado de instrucción | : | Superior |
| Ocupación | : | Abogado |
| Estado civil | : | Soltero |
| Religión | : | Católica |
| Lugar de residencia | : | Callao |
| Informante | : | Paciente |

2.2 Motivo de Consulta

Paciente acude a consulta y refiere: *“Vengo al servicio de Psicología porque mi médico Psiquiatra me ha recomendado que asista. Desde hace tres meses aproximadamente, empecé a sentir sin motivo aparente una presión en el pecho, sentía que me dolía el corazón, empecé a transpirar, fue ahí que empecé a buscar en internet ¿Por qué duele el pecho? y me sugestioné al ver las posibles causas y probabilidades que tenía de que se tratará de un infarto, por tal motivo acudo por emergencia y me dijeron que no tenía nada, luego fui al cardiólogo, me hice los exámenes pertinentes y todo salió normal, es por eso que el cardiólogo me deriva a psiquiatría.*

Por otro lado, desde ese día, tengo miedo a que vuelva a darme esos síntomas y pueda morir, ya que en dos oportunidades he vuelto a sentir toda esa sintomatología, en ocasiones siento que no puedo respirar, la presión en el pecho es fuerte, me sudan las manos, el rostro y el corazón empieza a palpitar fuertemente. Cabe señalar que en el trabajo y en el hogar he presentado este tipo de crisis, así que cuando esto sucede trato de tranquilizarme y mantener la calma, pero interfiere en mis actividades laborales y sociales, ya que no salgo como antes, prefiriendo quedarme en mi cuarto por miedo a que me pase en la calle y sea peor; asimismo, no puedo dormir muy bien quedándome despierto en la madrugada pensando en mi malestar y en ocasiones suelo estar preocupado por mi problema desde que me despierto”.

Episodios Previos:

El paciente hace 3 meses sufrió una crisis de pánico.

2.3 Procedimiento de Evaluación

Historia Personal

Para la obtención de la información de la historia personal del paciente, se contó con la participación únicamente de la madre y el paciente, donde refirieron lo siguiente:

Etapas Peri –Pre – Post Natal

La madre refiere que durante el embarazo, no presentó ninguna complicación, fue un embarazo tranquilo y planificado, asimismo, fue un parto natural cumplidos los 9 meses.

De acuerdo a su desarrollo durante su primera infancia, fue acorde a los parámetros establecidos por edad.

Escolaridad

El paciente inició su etapa escolar asistiendo al nido a los 3 años, la madre comenta que lo percibía tranquilo y alegre por conocer nuevos amigos; asimismo, refiere que se adaptó rápido al nido al cual asistía y comentaba frecuentemente que “quería regresar para jugar con sus amigos de nuevo”.

Por otro lado, en primaria asistió desde los 6 hasta los 11 años, el paciente refiere que no tenía ningún curso favorito, se llevaba bien con sus maestros y tenía muchos amigos. De igual manera en secundaria, refiere que solía ser un alumno tranquilo en clases, tenía un promedio no menor de 15 y recuerda que nunca presentó problemas de conducta en su centro educativo.

Desarrollo Psicosexual

En base al desarrollo psicosexual del paciente, éste manifiesta que sus padres no le brindaron información sobre el tema sexual; adquirió sus primeros conocimientos sobre sexo a través de sus amistades del colegio a los 12 años.

Por otro lado, su primera experiencia sexual fue a los 19 años con su primera enamorada y que desde esa fecha tiene una vida sexual activa; sin embargo, actualmente presenta una disminución del deseo sexual.

Relación Marital

El paciente manifiesta que actualmente tiene una novia desde hace 5 años, su relación es estable y su pareja tiene 23 años, considera que es una persona tranquila, cariñosa y responsable; asimismo, lo apoya bastante durante este proceso psicoterapéutico. Por otro lado, refiere que su vida sexual se ha visto afectada, debido a que actualmente no tiene deseo sexual.

Relaciones Interpersonales

El paciente refiere que no presentó dificultades para relacionarse con otras personas; sin embargo, cuando está en un grupo social y no conoce a alguien prefiere mantenerse al margen, y recién cuando entra en confianza suele desenvolverse amistosamente.

Área Laboral

Actualmente trabaja como asesor legal en la Marina del Perú, desde hace 5 años, su desenvolvimiento organizacional es adecuada, cuenta con un puesto estable, un cargo alto y el ambiente laboral es agradable; sin embargo dada las circunstancias actuales, presenta una disminución en su desempeño laboral y tiene miedo que le de un ataque de pánico en su puesto de trabajo, por la cual se va al baño para que sus colegas no lo vean si es que le diera una crisis.

Hábitos e Intereses

Actualmente, el paciente prefiere permanecer en su casa o en su cuarto dado que al estar solo se siente más tranquilo. Sin embargo, cuando va su novia, le agrada mucho ver películas con ella y los domingos pasar la tarde en casa compartiendo momentos con su familia.

Historia Familiar

El paciente pertenece a una familia nuclear, creció bajo una crianza ambivalente, puesto que refiere que su padre es autoritario y su madre permisiva.

El padre de nombre Carlos de 65 años de edad, nació en Lima, es administrador, no presenta ninguna enfermedad y refiere que es una persona de carácter fuerte, directiva y detallista; de acuerdo con su relación con su padre, considera que a pesar de su carácter tienen una relación comunicativa y lo suele aconsejar.

Por otro lado, la madre de nombre Ana, de 60 años de edad, nació en Lima, es ama de casa, la considera una persona paciente, amable y cariñosa; asimismo, considera su relación con ella muy agradable, comunicativa y lo aconseja al igual que su padre; sin embargo; tiene una mayor confianza hacia su madre, y conversar con ella le genera tranquilidad.

Examen Mental

Nivel de Conciencia

Se encuentra en estado vigil de nivel II.

Nivel de Orientación

El paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, dado que tiene conocimiento del lugar en el que se encuentra, brinda sus datos personales adecuadamente y reconoce la fecha y hora aproximada.

Nivel de Atención

El paciente presenta una atención selectiva, sostenida, flexible y dividida, debido a que presta atención a las indicaciones de la evaluadora, logra mantener el hilo de la conversación y puede cambiar de un estímulo a otro cuando lo requiere.

Nivel de Lenguaje

En cuanto al lenguaje el paciente establece un tono de voz moderada, ritmo acelerado, y en ocasiones poco fluido, asimismo, presenta un adecuado lenguaje comprensivo y expresivo, dado que entiende adecuadamente todo lo indicado por la evaluadora durante la sesión y da a conocer de manera óptima lo que desea comunicar.

Nivel de Afectividad

El paciente evidencia un estado anímico de preocupación, pues pregunta mucho sobre su sintomatología durante la consulta.

Nivel de Percepción

En base a la percepción del paciente no se encuentra alterada puesto que percibe adecuadamente los estímulos que se encuentran presentes a su alrededor.

Nivel de pensamiento

El paciente presenta un pensamiento abstracto, puede realizar operaciones de forma lógica e interpretar sus experiencias objetivamente; asimismo, presenta curso circunstancial; brinda mucha información, pero al final da a conocer lo que quiere decir, así también, presenta un contenido de pensamiento de preocupación, debido a que teme que le pase algo y no se llegue a mejorar. Curso y contenido de pensamiento ansioso.

Memoria

El paciente impresiona que la memoria de corto y largo plazo se encuentran conservadas pues comenta de las actividades que realizó antes de salir de casa y llegar a consulta, así como recordar los eventos recientes realizados durante la evaluación. Además, evoca hechos personales como, por ejemplo, las actividades que realizó en su centro laboral y sobre temas culturales.

Inteligencia

El paciente impresiona tener un Coeficiente Intelectual *Promedio*.

Conciencia de la enfermedad

El paciente tiene conciencia de la enfermedad y comprende cómo esta puede estar afectando en su funcionabilidad cotidiana. Pues a raíz de los primeros ataques de pánico que tuvo, y cómo la sintomatología que presenciaba estaba afectando su estilo de vida habitual, generándole miedos e inseguridades, es que decide buscar ayuda profesional e iniciar con el tratamiento psicológico.

Alimentación

El paciente manifiesta que desde hace 2 meses aproximadamente ha presentado disminución en el apetito.

Sueño

El paciente no presenta un grado significativo de la alteración del sueño, sin embargo, actualmente manifiesta que en ocasiones tiene dificultades para dormir, quedándose despierto hasta altas horas de la madrugada sin poder conciliar el sueño. Esto se aprecia en situaciones previas a la presencia de ataques de pánico.

Semiología

Signos

- Sexo masculino.
- Aparenta edad cronológica.
- Tez trigueña.
- Biotipo normosómico.
- Vestimenta acorde al género, edad y estación climática.
- Regular aliño e higiene personal.
- Marcha adecuada.
- Postura semi encorvada.
- Escaso contacto visual.
- Facies de preocupación.
- Actitud colaboradora.
- Conciencia lúcida.
- Orientado en tiempo, espacio y persona.
- Atención selectiva, flexible, sostenida y dividida.
- Adecuada interpretación de los estímulos.

- Nivel de pensamiento abstracto, curso circunstancial y contenido ansioso.

- Memoria de corto y largo plazo conservadas.
- Lenguaje: Tono de voz moderado, ritmo acelerado y poco fluido
- Estado anímico de preocupación.

Síntomas

- Disminución del apetito previo a la crisis ansiosa.
- Sentimiento de preocupación.
- Aumento de fatiga.
- Migraña.
- Irritabilidad.
- Dificultad para concentrarse.
- Susplicacia.
- Anhedonia.
- Impaciencia.
- Preocupación constante a que los síntomas aumenten.
- Taquicardia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor en el pecho.
- Hiperhidrosis palmar.

Síndrome

- Ansioso
- Depresivo

Rasgos de Personalidad

Predominio Evitativo

- Miedo a ser juzgado por los demás, a causa de las crisis de ansiedad.
- Inhibición social, prefiere permanecer solo por temor a ser juzgado o criticado.
- Rechaza eventos sociales; como fiestas o salidas con su enamorada por miedo a que le dé una crisis de ansiedad y hacer el ridículo.
- Sentimiento de incompetencia e inferioridad, por la enfermedad/trastorno que padece.

Resultados de Pruebas Psicológicas

A continuación en la Tabla 3, se presentan los resultados de la evaluación psicológica:

Tabla 3

Resultados de evaluación psicológica

| Área | Objetivo | Instrumento | Validez y Confiabilidad | Resultados |
|-----------|--|--|---|--|
| Emocional | Conocer los niveles de ansiedad estado - rasgo del paciente. | Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) | Validez: De Constructo Confiabilidad: Consistencia interna (Oscila entre 0.84 - 0.93 en ambas subescalas). | Nivel de ansiedad E-R Moderado |
| Afectiva | Conocer el estado mental del paciente; asimismo, detectar si presenta síndrome | Inventario de Depresión de Beck (IDB). | Validez: Concurrente Confiabilidad: Consistencia Interna (Alfa de | Leve perturbación del estado de ánimo. |

Tabla 3

Resultados de evaluación psicológica

| Área | Objetivo | Instrumento | Validez y Confiabilidad | Resultados |
|--------------|--|---|--|---|
| | depresivo y su nivel de gravedad. | | Cronbach 0.76-0.95). Test-Re test (de 0.65 a 0.72.). | |
| Personalidad | Conocer los rasgos predominantes de personalidad del paciente. | Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMII). | Validez: Externa, Concurrente y Aparente. Confiabilidad: Consistencia Interna (Alfa de Cronbach 0.72 – 0.80, dos mitades > 0.71). | Patrones Clínico de la personalidad: Evitativo – Compulsivo. Síndromes Clínicos: Ansiedad |

Procedimiento de Diagnóstico

Se muestran el diagnóstico nosográfico, diferencial y multiaxial:

Diagnóstico Nosográfico según CIE-10

F 41.0 Trastorno de Pánico.

F 32.0 Episodio depresivo leve.

Diagnóstico Diferencial

Para poder determinar el diagnóstico del TP, se debe descartar las enfermedades orgánicas; el consumo o abstinencia de sustancias psicoactivas, medicamentos estimulantes y por último, diferenciarse de otros trastornos psicopatológicos; como la depresión, el trastorno hipocondríaco, ansiedad, fobia social, entre otros. (APA, 2013).

Comorbilidad

El TP, tiene como principal trastorno comórbido la depresión; sin embargo, el paciente no cumple con toda la sintomatología para diagnosticar una depresión comórbida; asimismo, cabe señalar que de acuerdo con Vallejos (2015) la sintomatología que se presenta en el TP puede generar episodios depresivos leves.

Diagnóstico Multiaxial

A continuación en la Tabla 4, se presentan el cuadro de diagnóstico multiaxial del DSM-IV y el CIE-10:

Tabla 4

Cuadro de diagnóstico multiaxial del DSM-IV y el CIE-10

| DSM-IV | CIE-10 |
|--|--|
| Eje I - Trastornos clínicos <ul style="list-style-type: none"> (300.01) Trastorno de pánico. | Eje I – Diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> F 41.0 Trastorno de Pánico. |
| Eje II - Trastorno de la personalidad <ul style="list-style-type: none"> Rasgos de la personalidad por evitación | Eje II – Discapacidades en el área de funcionamiento. <ul style="list-style-type: none"> No presenta |
| Eje III - Enfermedades médicas <ul style="list-style-type: none"> No presenta | Eje III – Factores ambientales y del estilo de vida <ul style="list-style-type: none"> Disminución en el desempeño laboral y en la interacción de las relaciones interpersonales |
| Eje IV - Problemas Psicosociales y ambientales <ul style="list-style-type: none"> Problemas laborales (disminución en el desempeño laboral). | |
| Eje V - Escala de evaluación de la actividad global <ul style="list-style-type: none"> Puntaje: 75 | |

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

Pronóstico

- Favorable

2.4. Informe Psicológico***I. Datos de Filiación***

| | | |
|----------------------|---|---|
| Nombres y Apellidos | : | B.B.F |
| Edad | : | 27 años |
| Sexo | : | Masculino |
| Fecha de nacimiento | : | 10/05/1991 |
| Lugar de nacimiento | : | Bellavista - Callao |
| Grado de instrucción | : | Superior |
| Ocupación | : | Abogado |
| Estado civil | : | Soltero |
| Religión | : | Católica |
| Lugar de residencia | : | Callao |
| <hr/> | | |
| Referente | : | Psiquiatría |
| Nº Historia clínica | : | 81595 |
| Informante | : | Paciente |
| Motivo de consulta | : | Áreas de Emotividad, Afectividad Personalidad. |
| Evaluadora | : | Grace Moreno Polo |
| Supervisión | : | Mg. Gladys Ibonni Toranzo Pérez |
| Fecha de evaluación | : | 27/09/18 – 03/10/18 – 06/10/18 16/10/18 |

Fecha de informe : 25/10/2018

Técnicas utilizadas : Observación y Entrevista Psicológica

Instrumentos utilizados : Cuestionario sobre la Historia de la

Vida. (Arnold. Lazarus)

Escala de Ansiedad Estado - Rasgo

(STAI).

Inventario de Depresión de Beck

(IDB).

Inventario Clínico Multiaxial de Millon

II.

II. Motivo de consulta

Paciente acudió a consulta y refirió lo siguiente: *“Vengo al servicio de Psicología porque mi médico Psiquiatra me ha recomendado que asista. Desde hace tres meses aproximadamente empecé a sentir sin motivo aparente una presión en el pecho, sentía que me dolía el corazón, empecé a transpirar, fue ahí que empecé a buscar en internet ¿por qué duele el pecho? y me sugestioné al ver las posibles causas y probabilidades que tenía de que se tratará de un infarto, por tal motivo acudo por emergencia y me dijeron que no tenía nada, luego fui al cardiólogo, me hice los exámenes pertinentes y todo salió normal, es por eso que el cardiólogo me deriva a psiquiatría. Por otro lado, desde ese día, tengo miedo de que vuelva a darme esos síntomas y pueda morir, ya que en dos oportunidades he vuelto a sentir toda esa sintomatología, en ocasiones siento que no puedo respirar, la presión en el pecho es fuerte, me sudan las manos, el rostro y el corazón empieza a palpar fuertemente.*

Cabe señalar que, en el trabajo y en el hogar he presentado este tipo de crisis, así que cuando esto sucede trato de tranquilizarme y mantener la calma, pero interfiere en mis actividades laborales y sociales, ya que no salgo como antes, prefiriendo quedarme en mi cuarto por miedo a que me pase en la calle y sea peor; asimismo, no puedo dormir muy bien quedándome despierto en la madrugada pensando en mi malestar y en ocasiones suelo estar preocupado por mi problema desde que me despierto”.

III. Observaciones generales y de conducta

Paciente de sexo masculino, aparenta su edad cronológica de 27 años, estatura 1.80m y peso 70 kg aproximadamente, de contextura delgada, biotipo normosómico y tez trigueña, en cuanto a su vestimenta fue acorde a su género, edad, estación y estrato socioeconómico, asimismo mostró un regular aliño y aseo personal.

Al ingresar a consulta se desplazó con una marcha moderada, se dirigió a su asiento, adoptó una postura ligeramente encorvada y mantuvo los brazos sobre el escritorio, y movía las piernas constantemente; además evidenciaba facies de preocupación y suspicacia debido a que no hacía mucho contacto visual. Durante la evaluación mostró una actitud colaboradora y siguió correctamente las instrucciones asignadas por la evaluadora. En cuanto a su conciencia no se evidenció ninguna alteración, se mostró lúcido y pudo mantener una conversación; asimismo, se encontró orientado en tiempo, espacio y persona, tenía conocimiento del lugar en el que se encontraba, brindaba sus datos personales como su nombre, fecha de nacimiento y reconoció la fecha y hora aproximada. En cuanto a su atención fue selectiva, sostenida y flexible, prestó atención a las indicaciones de la evaluadora, logró mantener el hilo de la conversación y pudo cambiar de un estímulo a otro

cuando lo requirió; su percepción no se encontró alterada puesto que percibió adecuadamente los estímulos que se encontraban presentes a su alrededor; asimismo, presentó un pensamiento abstracto, pudo realizar operaciones de forma lógica e interpretar sus experiencias objetivamente; además, presentó un curso circunstancial, debido a que brindó mucha información pero al final dio a conocer lo que quería decir, así también, presentó un contenido de pensamiento ansioso, por temor a que le pasé algo y no se llegue a mejorar. En cuanto a su memoria de corto y largo plazo se impresionó que estaban conservadas pues comentó de las actividades que realizó antes de salir de casa y llegar a consulta, así como recordar los eventos recientes realizados durante la evaluación. En cuanto al lenguaje estableció un tono de voz moderado, ritmo acelerado, y en ocasiones poco fluido.

En cuanto a su afectividad se evidenció un estado anímico de preocupación, pues preguntaba mucho sobre su sintomatología durante la consulta.

IV. Análisis de resultados

En el área de **Emotividad**, el paciente presentó una Ansiedad Estado Moderado, debido a que actualmente presentaba cierta preocupación y tensión por el persistente dolor en el pecho sin causa aparente que lo aquejaba; pues en ocasiones afectaba su funcionabilidad y desenvolvimiento adecuado en su centro laboral, social y personal, pues refirió que a raíz de eso, no salía mucho a reuniones sociales prefiriendo quedarse en casa; asimismo, su desempeño laboral se vio afectado debido a que en ocasiones sentía un dolor en el pecho cuando trabajaba y por ende prefería retirarse y dejaba de hacer las tareas asignadas, hasta que se sintiera mejor o el dolor desapareciera. Por otro lado, presentó una Ansiedad Rasgo moderada, pues solía reaccionar ante eventos estresantes con cierta sugestión y preocupación anticipada, buscando la respuesta más asertiva y adecuada para la

solución de problemas y/o conflictos que se le presentaban en su vida cotidiana; además, solía reaccionar con cierta irritabilidad y enfado ante circunstancias que no tenía el control o si las cosas no salían como esperaba.

En el área de **Afectividad**, el evaluado evidenció un nivel de depresión leve, a raíz de las circunstancias actuales, ha dejado de disfrutar y salir a actividades recreacionales, reuniones sociales, prefiriendo quedarse en casa, por el temor y/o fastidio que lo aqueja; así también, se evidenció que presentaba ciertas dificultades en sus actividades laborales; pues ya no contaba con la misma energía para desempeñarse en su entorno social, personal y laboral; no obstante, se evidenció sentido de superación y planes a futuro.

En el área de **Personalidad**, el paciente presentó rasgos de personalidad evitativos predominantes, debido a que temía a ser rechazado y criticado por los demás a causa de las crisis de ansiedad que presentaba, así como también temía a la desaprobación social y/o críticas sobre su persona o trabajo que realizaba; es por ello que rechazaba eventos sociales; como fiestas o salidas con su enamorada por miedo a que le dé una crisis de ansiedad y hacer el ridículo frente a los demás personas, además, presentaba un sentimiento de incompetencia e inferioridad, por la enfermedad o trastorno que padece; por otra parte, se caracterizó por presentar conductas antagónicas y por establecer elevadas exigencias sobre sí mismo y los demás, mostrándose socialmente condescendiente; sin embargo, si no cumplen con las expectativas deseadas, subyace un enfado intenso mostrándose irritable y disconforme por los resultados.

V. Conclusiones

- En el área de **Emotividad**, el paciente presentó una Ansiedad Estado moderado, y Ansiedad Rasgo moderado.

- En el área de **Afectividad**, el evaluado evidenció un nivel de depresión leve por las circunstancias en la actualidad.

- En el área de **Personalidad**, el paciente presentó rasgos de personalidad de predominio evitativo, que lo caracterizó por tener miedo a la desaprobación social y a ser criticado por los demás por la cual presentó un sentimiento de inferioridad debido a las crisis de ansiedad o ataques de pánico que padece.

VI. Recomendaciones

- Se recomendó la terapia cognitivo – conductual, para la disminución de los síntomas asociados al trastorno de pánico y al episodio depresivo; promoviendo el aprendizaje de recursos de afronte para un mejor desenvolvimiento personal, familiar, laboral, etc.
- Consejería psicológica familiar y pareja.
- Orientación psicológica.
- Control psiquiátrico.

2.5. Identificación del Problema

Análisis funcional

El análisis funcional consiste en la integración de variables y relaciones causales con los problemas que presenta el paciente para poder determinar un tratamiento eficaz acorde a esas necesidades; asimismo, tanto la evaluación conductual como el análisis funcional son enfoques con fundamento científico y útiles para la evaluación clínica y la formulación de casos clínicos, ya que ayudan a elegir las mejores estrategias de evaluación y a integrar la información recogida en juicios válidos y útiles (Haynes, Godoy & Gavino, 2011).

A continuación en la Tabla 5, se presenta el cuadro del análisis funcional del presente caso clínico, el cual se caracteriza por poseer información clave para la elección del tratamiento adecuado:

Tabla 5

Análisis funcional de la conducta

| ESTÍMULOS ANTECEDENTES | CONDUCTA | ESTÍMULOS CONSECUENTES |
|---|---|---|
| <p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando busca información en internet sobre su malestar. • Cuando siente presión en el pecho. • Cuando está solo en casa. • Cuando está en el trabajo y se aleja por temor a que lo vean mal. | <p>COGNITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No debería de tener nada, soy joven. • Soy una persona enferma, me voy a morir. • Si me cuida, porque me pasa esto a mí. • Nunca tendré hijos. • Así enfermo nadie me va a querer. • Ya no podré hacer lo que quiera. | <p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Va al doctor • Habla con su mamá sobre el tema. • Deja de hacer sus actividades laborales • Ya no sale a reuniones sociales por temor a los síntomas • Leer información sobre su diagnóstico. • Evita salir con sus amigos. • Evita salir a ver a su novia . |
| <p>INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensar en si le volverán los síntomas en la calle con más intensidad. • Pensar que se va a morir súbitamente. • Pensar que le dará una crisis y perderá el control. • Pensar que puede sufrir un ataque al corazón. | <p>EMOCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ira • Ansiedad • Miedo • Preocupación <p>FISIOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Sudoración. • Dolor de cabeza. • Malestar corporal | <p>INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recordar todo lo que le dijo el doctor. • Tratar de pensar en otras cosas. • Pensar que no es capaz para superarlo y tiene que permanecer en su cuarto. |
| | <p>MOTOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mover las piernas constantemente. • Moverse de un lado a otro. | <p>Latencia: Inmediata Duración: 30 min. aprox. Frecuencia: Cada vez que se presentan los estímulos. Intensidad: 8/10</p> |

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1. Especificación de los Objetivos de Tratamiento

De acuerdo con la información recopilada y a los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, se encontró que el paciente en el área emocional, niveles de ansiedad moderado, a causa de la preocupación excesiva y constante sobre los ataques de pánico que pueda sufrir; llegando a interpretarlo como situaciones amenazantes, considerando que no posee las herramientas necesarias para poder hacerle frente a las dificultades, esto se debe a que, desde hace 3 meses a raíz, de un dolor en el pecho se sugestionó viendo la información de Google sobre el dolor que sentía y las posibles causas de muerte que éste podía generar, ocasionándole un ataque de pánico y sintomatología asociada al mismo, como palpitaciones fuertes, miedo a morir o a volverse loco, sudoración palmar y temblores en las extremidades, los cuales reforzaron las creencias irracionales de que era un paro cardíaco, y que se puede morir súbitamente.

Por ende, empieza a creer que no va a ser capaz de soportarlo, que se va a desmayar y hasta puede morir. De igual forma, empieza a presentar taquicardia, sudoración excesiva, temblor en los brazos, tensión en los hombros, sensación de hormigueo en los brazos, presión en el pecho cefaleas y mareos. Lo descrito anteriormente afectó de manera considerable su funcionabilidad y la percepción que tiene de su valía personal, familiar, laboral y social.

Por tal motivo, se inicia el proceso de intervención psicoterapéutica, bajo el enfoque de la TREC, el cual se basa en cómo las personas perciben su entorno y el significado que le dan a éste generará en sí mismos una emoción y conducta

específica; por la cual actuaremos según la interpretación y valoración que le demos a una situación determinada.

Específicamente, el proceso psicoterapéutico tendrá como objetivo centrarse en las creencias que mantienen el problema y el cambio de éstos mejorarán su estado emotivo-conductual; asimismo, se utilizarán técnicas cognitivas – conductuales que le permitirán al paciente identificar, analizar sus pensamientos y darse cuenta de cómo estos influyen en sus emociones y conductas.

A nivel práctico se lograron los objetivos planteados mediante la técnica de Psicoeducación, donde se dio a conocer la problemática actual y las características básicas sobre la ansiedad y el ataque de pánico, así también, mediante la técnica de debate podrá aprender nuevas formas de pensamientos más flexibles, lógicos, racionales que mejorarán su bienestar; asimismo, mediante la técnica de respiración diafragmática y la relajación muscular podrá identificar la tensión y distensión de su organismo así como a manejar adecuadamente los niveles de ansiedad en una situación que considere estresante o amenazante.

Cabe señalar que, la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) es una de las terapias que más relevancia e importancia han tenido dentro del campo de la psicoterapia, cuyo objetivo no es eliminar las emociones, sino que estas sean más moderadas y apropiadas (Palomino, Santiago & Zarate, 2017). Estas se basan en la relación entre la psicología cognitiva y el conductismo. El modelo para lograrlo se conoce como ABC. Este modelo permite identificar al evento causante (A), las creencias (subjetivas) que se activan a partir del evento (B) y las consecuencias (C) fisiológicas o de comportamiento de este evento. La TREC también busca enseñar a modificar el entorno de manera que el paciente se sienta más en calma con respecto a estímulos externos. Además de la practicidad de su aplicación, esta

técnica es de las más populares y con más prestigio en el campo de la psicología externa (Lega, Sorribes, & Calvo, 2017; Ibañez, Onofre, & Vargas, 2012).

En vista a los anteriormente planteado se describen los objetivos del programa de intervención:

- **Objetivo General**

- Reconocer y modificar el sistema de creencias irracionales por otras maneras más realistas de pensar, para que así se logre superar los estados emocionales y conductuales como las crisis de pánico; permitiendo así obtener un cambio de mejora en la funcionabilidad laboral, personal, social y familiar.

- **Objetivos Específicos**

- Informar los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación a través de la explicación racional del problema y establecer la alianza terapéutica a fin acordar el plan de intervención.
- Mediante la técnica de la psicoeducación, explicar la problemática del paciente desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, para de esa manera lograr una mayor comprensión de la sintomatología del paciente.
- Explicar al paciente la técnica de Respiración Diafragmática para que así pueda reconocer sus estados de tensión y ansiedad.
- Lograr que el paciente pueda identificar que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

- Identificar las creencias irracionales que mantienen y generan la problemática y pueda así lograr modificarlas con los pensamientos racionales que sean proporcionales a la situación.
- Practicar y entrenar al paciente a que se enfoque en modificar sus pensamientos irracionales por pensamientos más flexibles y racionales, a través de la técnica emotiva de Imaginación Racional Emotiva.
- Lograr que el paciente reconozca sus creencias son irracionales mediante la técnica experimento conductual.
- Verificar el estado de ánimo, el nivel de debate y su funcionalidad a través de la técnica emotiva del Rol Racional.

3.2. Diseño de Estrategias de Tratamiento

El presente caso clínico se fundamenta en el sistema de clasificación de uno de los diseños más usuales de la investigación en psicología, basándose en la estrategia manipulativa de un diseño de caso único, de carácter terapéutico y de intervención, debido a que se caracteriza por el registro sucesivo de la conducta de un caso único a través de sesiones a lo largo del tiempo (Ato, López & Benavente, 2013).

Se estableció el contrato terapéutico con el paciente, en el cual se acordó la participación activa por ambas partes durante el proceso psicoterapéutico; el cual, por parte del terapeuta, se asumió las funciones en el desarrollo de cada una de las sesiones, buscando cumplir los objetivos planteados. Por parte del paciente se comprobó el compromiso y colaboración en el desarrollo de las técnicas y tareas asignadas para la casa.

El desarrollo de la intervención psicoterapéutica se llevó a cabo aproximadamente en 16 sesiones las cuales duraron 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicaron diversas técnicas cognitivo-conductuales para lograr los objetivos propuestos. Seguido de 2 sesiones adicionales para realizar el seguimiento correspondiente al término del desarrollo psicoterapéutico y verificar si aún se mantienen las creencias irracionales del paciente.

Cabe destacar que el modelo TREC, presenta generalmente cuatro etapas: evaluación del paciente (el problema), re-enseñanza (psicoeducación), reestructuración cognitiva, y técnicas de exposición la cual tiene como objetivo crear un ambiente seguro en donde el paciente pueda disminuir la evitación de situaciones estresantes, confrontar sus creencias irracionales logrando reducir la ansiedad y de esa manera permitiéndole un adecuado desenvolvimiento en su entorno. (Simpson & Dryden, 2011).

Por ende; en la primera etapa se buscó que el paciente entienda el origen de sus creencias irracionales, de modo que las pueda identificar y tenga una mayor comprensión de las mismas; seguido de la técnica de relajación con el objetivo que pueda reconocer la tensión y distensión de su organismo, llegando de esa manera a un estado de relajación y/o tranquilidad, permitiendo lograr un autocontrol ante las distintas situaciones estresantes.

La segunda etapa consistió en que el paciente tenga una mayor comprensión de la sintomatología que presenta en base al TP; asimismo, pueda identificar y reconocer las creencias irracionales y que desencadenan el trastorno, para que de esa manera le sea más fácil al paciente lograr modificarlas por otras más adaptativas.

La tercera etapa, se buscó que el paciente pueda diferenciar sus creencias racionales (preferencias) de las irracionales (exigencias no realistas), en donde se elijan a las primeras frente a las segundas; para ello se utilizaron ejemplos de situaciones propias del paciente que le generaban malestar; “Sí una persona mantiene la calma los síntomas ansiosos disminuirán (Racional); no puedo tolerarlo, el TP puede matarme (irracional)”; “El TP le puede dar a cualquier persona (Racional); soy abogado, no debería tener este trastorno (Irracional).

La última etapa, se pretende que el paciente se cuestione y/o se haga preguntas lógicas y empíricas como: “suponiendo que alguien me menosprecie por demostrar pánico, ¿es tan grave y en verdad necesito su aprobación?”. “ Si sufro un ataque de pánico ¿perderé el respeto de los demás?”; “Si tengo un ataque de pánico ¿me voy a morir?” Estas preguntas se hacían ante la aparición de nervios (emoción original), o incluso de ansiedad, evitando que se llegara al pánico. Con el objetivo que el paciente logre un adecuado desenvolvimiento en su entorno y se siente mejor consigo mismo.

Cabe señalar que al paciente se le explicó el consentimiento informado y que el presente caso clínico será para uso exclusivo de fines académicos, cumpliendo con el artículo 24º “(...) contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos” y el artículo 57º de confidencialidad “(...) el caso clínico deberá hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona (...)” (Código de ética y deontología, 2017).

A continuación en la Tabla 6, se presentan las sesiones del programa de intervención:

Tabla 6*Programa de Intervención Cognitivo Conductual para el trastorno de pánico*

| Sesión | Objetivos | Técnicas | Tareas entre sesiones |
|---------------|--|--|--|
| 1 | Dar a conocer la problemática del paciente, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, a través de la técnica de Psicoeducación. | Diálogo expositivo Psicoeducación Escucha Activa | - |
| 2 | Lograr que el paciente pueda identificar sus estados de tensión y ansiedad a través de la técnica de Respiración Diafragmática. | Psicoeducación Diálogo expositivo Escucha Activa Respiración Diafragmática Modelado Ensayo conductual Retroalimentación | Autorregistro de sus pulsaciones, antes y después de realizar el ejercicio de respiración |
| 3 | Lograr que el paciente pueda identificar estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson del Grupo 1. Reforzar la sesión anterior | Psicoeducación Diálogo expositivo Respiración Diafragmática Relajación Muscular Progresiva Modelado Ensayo conductual Retroalimentación | Practicar el ejercicio trabajado en sesión combinando las dos técnicas(respiración diafragmática y relajación muscular). Realizar Autorregistro de sus pulsaciones, antes y después de realizar el ejercicio. |
| 4 | Lograr que el paciente pueda identificar que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson del Grupo 2. | Psicoeducación Diálogo expositivo Respiración Diafragmática Relajación Muscular Progresiva Modelado Ensayo conductual | Practicar el ejercicio trabajado en sesión combinando las dos técnicas(respiración diafragmática y relajación muscular). Realizar Autorregistro de sus pulsaciones, antes y |

Tabla 6*Programa de Intervención Cognitivo Conductual para el trastorno de pánico*

| Sesión | Objetivos | Técnicas | Tareas entre sesiones |
|---------------|--|--|--|
| | Revisar autorregistro del USA y pulsaciones. | Retroalimentación | después de realizar el ejercicio. |
| 5 | Lograr que el paciente pueda identificar que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson del Grupo 3. Revisar autorregistro del USA y pulsaciones. | Psicoeducación Diálogo expositivo Respiración Diafragmática Relajación Muscular Progresiva Modelado Ensayo conductual Retroalimentación | Practicar el ejercicio trabajado en sesión combinando las dos técnicas(respiración diafragmatica y relajación muscular). Realizar Autorregistro de sus pulsaciones, antes y después de realizar el ejercicio. |
| 6 | Lograr que el paciente pueda identificar que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson del Grupo 4. Reforzar sesión anterior Revisar autorregistro del USA y pulsaciones. | Psicoeducación Diálogo expositivo Respiración Diafragmática Relajación Muscular Progresiva Modelado Ensayo conductual Retroalimentación | Practicar el ejercicio trabajado en sesión combinando las dos técnicas(respiración diafragmática y relajación muscular). |
| 7 | Lograr que el paciente pueda reconocer que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson de todos los grupos musculares. | Respiración Diafragmática Relajación Muscular Progresiva Modelado Ensayo conductual Retroalimentación | |

Tabla 6*Programa de Intervención Cognitivo Conductual para el trastorno de pánico*

| Sesión | Objetivos | Técnicas | Tareas entre sesiones |
|---------------|--|--|---|
| | Reforzar las sesiones anteriores. Revisar autorregistro del USA y pulsaciones. | | |
| 8 | Lograr que el paciente pueda identificar la relación entre los eventos, creencias irracionales y consecuencias. A partir de ello pueda debatir, discriminar y modificar sus pensamientos irracionales a racionales según las situaciones en las que pueda presentar. | Psicoeducación Diálogo expositivo ABC Retroalimentación | |
| 9 | Realizar una retroalimentación de la sesión anterior. Debatir las creencias irracionales y modificarlos por pensamientos más flexibles para generar mayor bienestar emocional. | Psicoeducación Diálogo expositivo ABC Retroalimentación Reestructuración Cognitiva. | Realizar un autorregistro del ABC de las situaciones que el paciente pueda presentar. |
| 10 | Alcanzar que el paciente se centre en modificar sus pensamientos irracionales por pensamientos más flexibles, objetivos y racionales, a través de la técnica de Imaginación Racional Emotiva. Revisar actividad anterior | Diálogo expositivo ABC Imaginación Racional Emotiva Retroalimentación | Realizar un autorregistro del ABC de eventos que el paciente pueda presentar en la semana e identificar las creencias irracionales. |

Tabla 6*Programa de Intervención Cognitivo Conductual para el trastorno de pánico*

| Sesión | Objetivos | Técnicas | Tareas entre sesiones |
|---------------|--|---|--|
| 11 | Lograr que el paciente compruebe que sus creencias son irracionales a través de la técnica experimento conductual. | Psicoeducación Diálogo expositivo ABC Experimento conductual Retroalimentación | Realizar una actividad utilizando la técnica de experimento conductual para corroborar objetivamente sus creencias irracionales. |
| 12 | Verificar el estado de ánimo, el nivel de debate y su funcionalidad a través de la técnica emotiva del Rol Racional. | Psicoeducación Diálogo expositivo Role play Modelado Ensayo Conductual Retroalimentación | - |
| 13 | Retroalimentar la sesión anterior. Explicar la técnica de solución de problemas. | Diálogo explicativo. Retroalimentar la sesión anterior Escucha activa. Solución de problema. | Poner en práctica la técnica SP ante situaciones conflictivas y buscar una solución óptima. |
| 14 | Retroalimentación de la sesión anterior Revisar la sesión anterior | Diálogo explicativo Solución de problemas Psicoeducación | - |
| 15 | Retroalimentar la sesión anterior. Dar a conocer los estilos de comunicación asertivo, pasivo o agresivo e identificar el | Diálogo explicativo Habilidades sociales Tipos de comunicación Psicoeducación | Realizar un cuadro y anotar situaciones de estilos de comunicación agresivos. |

Tabla 6*Programa de Intervención Cognitivo Conductual para el trastorno de pánico*

| Sesión | Objetivos | Técnicas | Tareas entre sesiones |
|----------------|--|--|------------------------------|
| | estilo de comunicación que utiliza el paciente. | | |
| 16 | Retroalimentar la sesión anterior Reforzar los estilos de comunicación asertivos para con el paciente. Revisa actividad asignada (ejemplos de estilos de comunicación agresiva). | Diálogo explicativo Habilidades sociales Tipos de comunicación Psicoeducación | - |
| 17 y 18 | Seguimiento #1 Seguimiento #2 | | - |

Elaboración propia del programa psicoterapéutico para el trastorno de pánico del presente caso clínico, el cual se llevó a cabo en 18 sesiones: 16 de intervención y 2 de seguimiento, de 45 minutos cada una, 1 vez por semana.

3.3. Aplicación del Tratamiento o Procedimiento

A continuación, se presentan las sesiones de la intervención psicoterapéutica. Asimismo, se utilizaron las siguientes siglas para identificar a los participantes de este proceso: Paciente (P) y Terapeuta (T).

Sesión N°1

Objetivos de la Sesión:

- Dar a conocer la problemática del paciente, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, a través de la técnica de Psicoeducación, de esa manera generar una mayor concientización de su sintomatología.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha Activa

Descripción de la Sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°1; en donde las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas Tardes Brayan, ¿cómo has estado?

P: Buenas Tardes doctora, bueno, me sigo sintiendo ansioso porque aún continúo presentando esos síntomas que me hacen sentir muy incómodo, porque tengo miedo a que me pueda morir y siento que ya no tengo ganas de hacer mis cosas.

T: Entiendo, mira justo el día de hoy te comento que vamos a empezar el proceso psicoterapéutico, yo utilizo la Terapia Racional Emotiva Conductual es un tipo de terapia Cognitivo Conductual en la cual su objetivo es modificar nuestros pensamientos, de esa manera tener emociones y conductas más racionales, a lo que me refiero con racional es que sean más adaptativas. La terapia tiene como objetivo darte herramientas para que usted mismo pueda cambiar esos

pensamientos y se sienta mucho mejor. Aproximadamente trabajaremos durante 16 sesiones, lo recomendable es que se realicen una vez a la semana, donde usted y yo cumpliremos funciones, yo como su psicoterapeuta y usted como paciente. Así como mi función es realizar las sesiones, sus funciones es cumplir con acudir a consulta y realizar algunas actividades o tareas que se dejaran cada semana. Como sabe el tiempo de cada sesión son de 45 minutos por tal motivo tiene que ser puntual para así poder avanzar acorde a lo planificado dentro del tiempo estipulado. ¿tiene alguna duda?

P: No doctora.

T: Está bien Brayan, hay algo que me gustaría mencionarte, como ya le dije la terapia se trata de modificar nuestros pensamientos, por ende, en el momento que hagamos la técnica de Debate, quiero que sepas que las preguntas irán dirigidas hacia tus pensamientos mas no hacia tu persona.

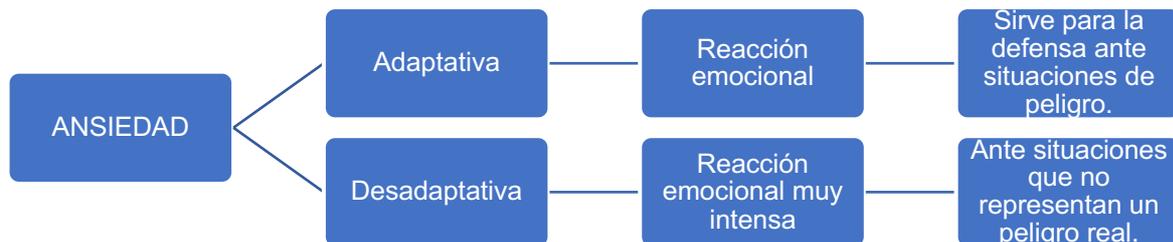
P: Está bien doctora, no se preocupe.

T: Bueno el día de hoy comenzaremos con la primera sesión de psicoterapia en la cual realizaremos la técnica de Psicoeducación, la cual tiene como objetivo que usted pueda comprender su sintomatología y lo explicaremos bajo el modelo Cognitivo Conductual.

P: Entiendo.

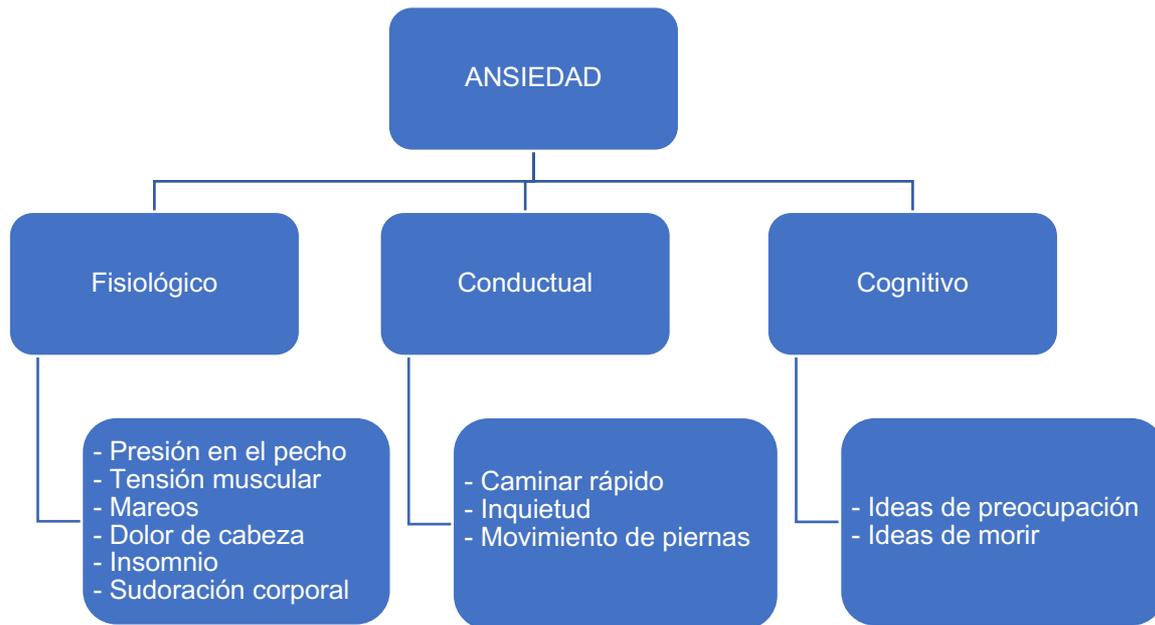
T: Comenzaremos con definir la ansiedad es una emoción que se siente cuando estamos frente a un peligro real o imaginario y que genera una reacción en nuestro cuerpo y mente. La ansiedad se puede dividir en dos: La ansiedad desadaptativa nos lleva a sentir reacciones inadecuadas ante situaciones que realmente no son un peligro o una amenaza porque si lo fuera entonces todas las personas que se enfrentan a esta situación no podrían soportarlo y se sentirían

igual. Entonces, actualmente estas presentando síntomas ansiosos los cuales se caracterizan por una preocupación excesiva o miedo a morir a causa de los síntomas que usted pueda presentar así como también a cualquier suceso o actividades ancladas realidad que puede llegar a ser modificables.



P: Ahora entiendo mucho mejor porque me encuentro preocupado o incómodo cuando sucede algo y empiezo a tener todos estos síntomas y creo que voy a morir.

T: Exacto, por eso le enseñaré cuales son los componentes de la ansiedad y así pueda identificarlos.



T: Bueno, ahora que hemos definido lo que es ansiedad, le explicaré lo que es el trastorno de pánico.



T: A continuación, los síntomas característicos de este trastorno:



T: Ahora ¿qué opina de lo mencionado?

P: Me he sentido identificado ya que he podido experimentar casi todos esos síntomas, y como refiere, aparece de manera abrupta y eso me preocupa ya que temo de que de pueda dar cuando este solo y me pase algo.

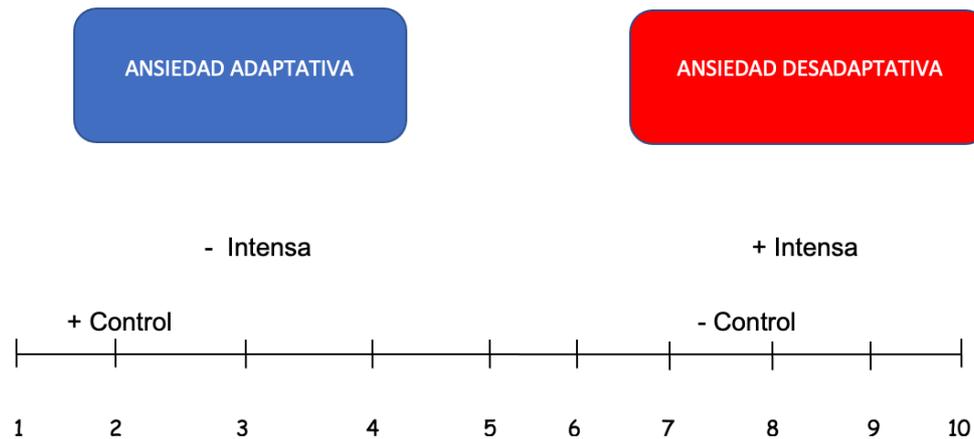
T: Esa es una de las características del trastorno, la aparición abrupta e inesperada de un episodio de intenso malestar, pero el proceso de tratamiento lo que busca es poder reducir y controlar esos síntomas e instaurar nuevas formas de pensamiento que le permitan tener un mejor afronte de la situación.

P: De acuerdo doctora, eso es lo que realmente estoy buscando.

T: Bien, una vez que hemos explicado estos componentes, dígame ¿tiene alguna duda?

P: No doctora, está todo bien.

T: Entonces, le enseñaré un gráfico, que es cómo un termómetro de emociones en el cual podremos citar el nivel de ansiedad que sentimos para poder verificar que tipo de ansiedad estamos sintiendo en estos momentos.



T: ¿Tiene alguna duda?

P: No doctora todo está claro.

T: Está bien Brayan no te olvides que la próxima sesión sería bueno que traigas un cuaderno para poder apuntar todo lo que tratemos en sesión y de esa manera reforzarlo en casa, porque recuerda que te dejare algunas actividades.

P: Sí, la próxima vez, traeré un cuaderno.

T: Excelente, entonces vamos a darte una nueva cita.

Conclusión:

- Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N°2

Objetivos de la sesión:

- Lograr que el paciente pueda identificar sus estados de tensión y ansiedad para de esa manera permitirle entrar a un estado de relajación a través de la técnica de Respiración Diafragmática.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Respiración Diafragmática

- Modelado
- Ensayo conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°2; en donde las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes Brayan, no nos vemos hace una semana, ¿cómo has estado?

P: Buenas tardes, sí doctora. Ahora me siento mucho mejor gracias a las pastillas y la información que usted me brindó la semana pasada.

T: Que bien, coméntame: ¿cómo vas con el tratamiento farmacológico?

P: Excelente, la psiquiatra me ha dicho que aún siga tomando las pastillas y ya verá cuando me las va a quitar.

T: Que bueno, pero recuerde que lo importante es seguir con el tratamiento médico y todo el proceso psicoterapéutico de manera constante para que pueda sentirse mucho mejor a futuro.

P: Sí doctora, lo sé, es por eso que no pienso faltar a ninguna cita y poner de mi parte para que todo salga bien.

T: Bien, el día de hoy le enseñaré una técnica de respiración la cual le ayudará a disminuir sus niveles de tensión; además esta técnica la puede realizar en cualquier momento pero lo ideal es que lo realice al despertar en las mañanas y antes de acostarse para dormir. Asimismo, llegue a comprender y a reconocer que cuando este tenso pueda relajarse, y esta técnica es muy fácil y útil para poder llegar a un estado de relajación adecuado. Ahora antes de iniciar, quisiera saber si

¿tiene alguna contracción muscular, alguna enfermedad cardiaca, hipertensión, alguna afección médica?

P: No, ninguna.

T: Genial, entonces podemos comenzar, enséñame cómo respiras

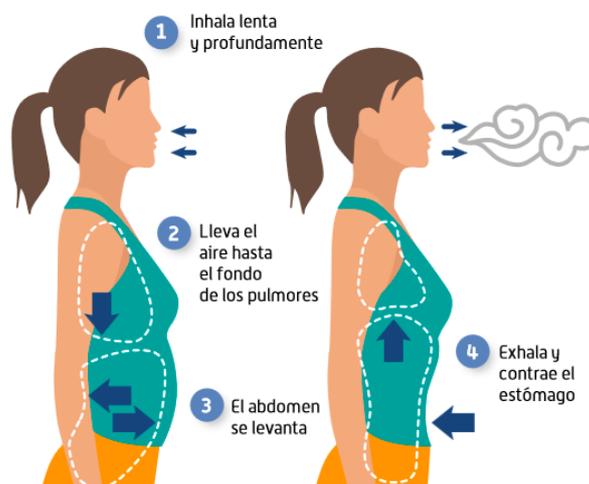
P:(Respira)*

**El paciente realiza la demostración de la forma en la que suele respirar.*

T: Le explico; al momento de respirar está inflando la parte del pecho pero no el diafragma. Lo que vamos hacer es inhalar por la nariz, usted mantendrá el aire por unos 6 segundos y luego expulsará muy lentamente el aire a través de la boca haciendo forma de "O". Primero lo haré yo, observe bien porque luego lo hará usted.

P: Ok, doctora.

Procedimiento de la respiración diafragmática



T: Ahora que ya tiene conocimiento de cómo realizar este ejercicio, vamos a pasar a medir sus pulsaciones, ya que es importante medir las pulsaciones antes de iniciar el ejercicio para que pueda corroborar la diferencia al culminarlo, asimismo, sepa cuales son sus pulsaciones normales, ok?



Use sus dedos índice y medio de su mano y ubíquelos en su cuello debajo de sus glándulas salivales, intente encontrar unos pequeños latidos, cuando lo haga realice la cuenta por un tiempo de 10 minutos.

Use sus dedos índice y medio de su mano y ubíquelos en su muñeca tratando de encontrar unos pequeños latidos, cuando lo haga realice la cuenta por un tiempo de 10 minutos.

Es conocida como la escala subjetiva de ansiedad y consiste en que usted le asigne un valor a su ansiedad en el momento en el que se encuentra. Hay situaciones en donde uno siente una alta ansiedad y otro en donde la ansiedad es baja. El valor que le asigne irá en una escala del 1 al 10.

T: Ahora pasaremos a medir nuestras pulsaciones durante 30 segundos y luego lo multiplicaremos por 2.

P: De acuerdo.

T: ¿Cuántas pulsaciones tiene?

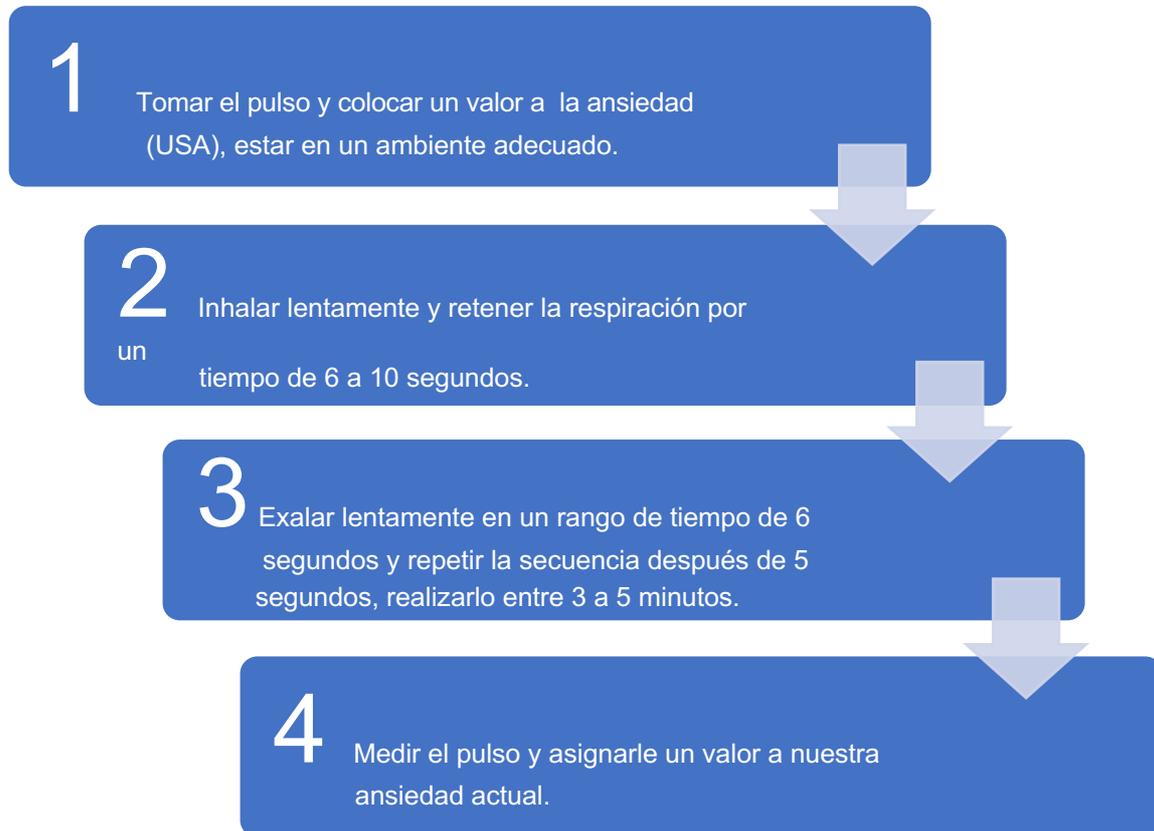
P: Tengo 30 pulsaciones.

T: Bien, vamos a tratar de disminuirlas. Ahora, debido a que estamos en un consultorio pequeño, el ruido de las personas, los carros, los aviones suelen pasar debido a que estamos cerca al aeropuerto, puede que eso influya un poco en su concentración y las pulsaciones no disminuyan mucho. Pero tenga en cuenta que lo importante es que primero aprenda la técnica y segundo será mantener o disminuir esas pulsaciones.

P: OK.

T: Además, cuando lo practique en casa, con más tranquilidad y en un ambiente adecuado notará la diferencia, pero para eso lo importante aquí es que

aprenda la técnica de respiración diafragmática. Para iniciar debe ponerse en una posición cómoda, suelte sus brazos, si quiere estire un poco las piernas, y si desea puede cerrar los ojos. Recuerde que tiene que colocar su espalda en el espaldar de la silla.



(Ejercicios de respiración **)

** Se realiza con el paciente los ejercicios de respiración diafragmática.

T: Bien, mediremos sus pulsaciones.

Aplicación

| ETAPA INICIAL | | ETAPA FINAL | |
|---------------|-----|-------------|-----|
| PULSACIONES | USA | PULSACIONES | USA |
| 66 | 6 | 50 | 4 |

T: Cómo puede notar hay una disminución en sus pulsaciones, ¿cómo se ha sentido? o ¿cómo se siente ahora?

P: La verdad es que me siento mucho más relajado y tranquilo. Hasta siento que me ha dado un poco de sueño y eso es raro en mí. Porque normalmente no duermo en la tarde.

T:Entonces le será muy útil si lo practicas en la noche antes de dormir, estoy segura que le servirá mucho para que pueda conciliar el sueño.

P: Sí, doctora.

T: Ahora le dejaré una actividad para que pueda realizarla en casa, voy a necesitar que realice en su cuaderno un cuadro de registro de sus pulsaciones, antes y después de realizar el ejercicio de respiración y lo hará especialmente en las mañanas y al acostarse en las noches, también puede realizarlo durante el día cuando lo crea conveniente, justo en esos momentos que sienta ansiedad, o miedo a tener una crisis de pánico. Recuerde que tiene que registrarlo, para poder hacer una de sus pulsaciones.

P: Entiendo.

T: Si no tiene alguna duda, ya hemos terminado la sesión del día de hoy, acompáñeme para agendar la siguiente cita.

P: Ok, muchas gracias.

Conclusión:

- Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N°3

Objetivos de la sesión:

- Lograr que el paciente pueda identificar estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson del Grupo 1.

- Reforzar la sesión anterior.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Relajación Muscular Progresiva
- Modelado
- Ensayo conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso*

psicoterapéutico realizado en la sesión N°3; en donde se dará a conocer al paciente la Técnica Relajación Muscular Progresiva de Jacobson Grupo 1 el cual comprende los brazos, puños, antebrazos, bíceps y hombros, y se reforzará la sesión anterior. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.

T: Buenas tardes Brayan, ¿cómo has estado?

P: Buenas tardes Doctora, he estado mucho mejor y la técnica de respiración que me enseñó la sesión anterior me ha ayudado bastante.

T: Que bueno Brayan me alegra saber eso.

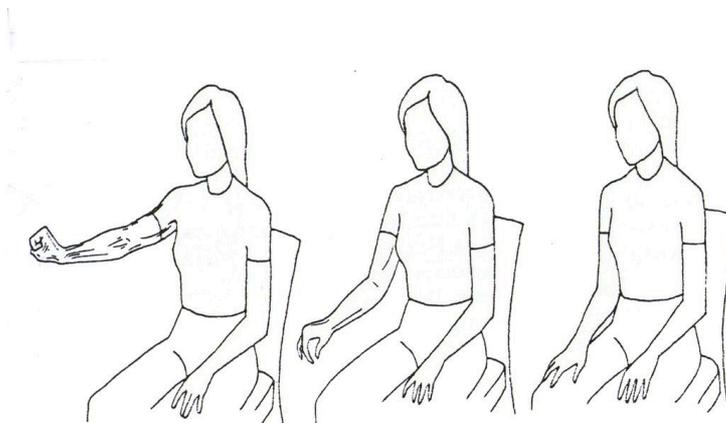
P: Sí doctora, yo también me siento feliz porque he podido descansar mejor en las noches y cuando me sentía incómodo, usted sabe, por los síntomas, lo realizaba y trataba de estar tranquilo y me sentía mucho mejor después.

T: Que bien que haya estado practicando y lo haya utilizado cuando se sentía ansioso, es un buen avance Brayan, ya que es justo en esas circunstancias cuando

se sienta ansioso es donde tiene que realizar los ejercicios de respiración diafragmática. Dígame, ¿pudo elaborar la tarea que le había dejado?

P: Sí doctora lo hice, pero al salir rápido del trabajo no traje el cuaderno, pero si realicé los ejercicios y me ayudaron bastante. Sobre todo, a la hora de dormir.

T: No hay problema, lo importante es que practicaste y ya sabes como hacer la respiración diafragmática, ya que el día de hoy vamos a realizar la técnica de relajación muscular de Jacobson del grupo 1. Mira, cómo podemos ver en las imágenes, hay 4 grupos musculares que vamos a trabajar el primero es el de los brazos que comprenden desde los puños, antebrazos, bíceps y hombros, los cuales nos van a ayudar a enseñarle así como hay estados de tensión también hay estados de relajación y lo vamos a combinar con la respiración diafragmática que ya la habíamos practicado la sesión pasada.



P: Está bien Doctora.

T: Ok ¿le parece si para la próxima semana realizas el registro colocando el pulso inicial y el pulso final?

P: Sí, está bien.

T: Genial, mira vamos a seguir. Entonces primero va observar cómo lo realizo y luego usted lo hará, ¿está bien?

P: Sí doctora.

T: Ok, primero nos vamos a sentar cómodamente con los pies en el suelo, ahora lo que haremos es levantar el brazo derecho y haremos tensión presionando nuestro puño y vamos a sentir como nuestros músculos de la muñeca, el antebrazo, los bíceps y el hombro se comienzan a endurecer simultáneamente inhalaremos el aire, llevándolo hacia el estómago, lo mantendremos 5 segundos y luego expulsaremos el aire con ello iremos relajando nuestro brazo y lo iremos bajando poco a poco hasta llegar a nuestro muslo. ¿tiene alguna duda?

P: No doctora, ahora que la vi haciéndolo me quedó mucho más claro.

T: Bien, ahora lo haremos contigo.

P: Está bien.

T: Ahora, pasaremos a medir nuestro pulso, ¿lo puedes hacer?

P: Sí claro.

T: ¿Cuántas pulsaciones tiene?

P: 35 doctora.

T: Ok, entonces comenzaremos. Si gusta cierre los ojos, ahora va a seguir el sonido de mi voz, primero quiero que traiga a su mente el recuerdo del aroma que más le agrade y cuando ya lo haya localizado, levante el dedo índice.

*P: Levanta el dedo índice***

***El paciente después de unos segundos levanta el dedo índice.*

T: Excelente, ya consiguió ese rico aroma ahora lo que va a hacer es inhalarlo y llevar ese aroma hacia su estómago, va a sentir como entra por su nariz pasa por su garganta, se dirige a sus pulmones y llega a su estómago, lo vamos a retener ahí... 5, 4, 3, 2, 1 y lo botamos. Ahora va a levantar su brazo derecho y va a ejercer tensión en todo el brazo, haga como si quisiera llegar hasta la pared y sentirá cómo la tensión va a recorrer desde su puño, su antebrazo, sus bíceps y su hombro.

Ahora muy bien, va a expirar ese aire mientras va soltando la presión y bajando el brazo lentamente hacia sus muslos, con ello se van todos nuestros problemas, nuestras preocupaciones y comenzará a experimentar como su brazo se va relajando. Ahora, levantará el brazo izquierdo, inhalará ese aroma mientras hace tensión en su brazo, sienta como esa tensión recorre su puño, antebrazo, bíceps y hombro, ahora expulsará el aire, con ello se irá relajando sus músculos, lentamente irá bajando su brazo hacia sus muslos. Muy bien, ahora lo hará con ambos brazos, comenzará a inhalar ese delicioso olor, lento y profundo mientras levanta ambos brazos y hará tensión, como si quisiera llegar hacia la pared, sentirá como la tensión va recorriendo su puño, antebrazo, bíceps hasta llegar al hombro. Ahora expulsará el aire, simultáneamente irá soltando su puño y bajando ambos brazos lentamente hasta llegar a los muslos, expulse el aire lentamente y con ello se van nuestras tensiones, problemas, preocupaciones de la semana. (Repetición 3 veces). Ahora lentamente empezará a abrir los ojos como si no quisiera despertar.

T: Ahora pasaremos a medir su pulso. ¿cuánto mide?

P: 18.

T: Qué bien, veo que ha entrado en un estado de relajación.

P: Sí doctora, me he sentido muy relajado.

T: Qué bueno, dígame si tiene alguna duda sobre la técnica.

P: ¿Sobre el primer grupo?

T: Sí, lo que hemos hecho el día de hoy.

P: No, ninguna.

T: Está bien, me gustaría que toda esta semana practique este ejercicio, como habrá podido notar, se llegan a combinar las dos técnicas; la respiración diafragmática y la técnica de relajación muscular. Entonces primero mides tu pulso

inicial, haces la relajación muscular progresiva del grupo 1 que son los brazos, combinándolo con la respiración, como lo hemos hecho el día de hoy, vuelve a tomar su pulso final y me trae ese registro la próxima semana.

P: Está bien.

T: Por lo menos sería bueno que lo realices 1 vez al día.

P: Entiendo.

T: Bueno, ya se nos acabó el tiempo de la sesión. ¿me acompaña a sacar la próxima cita?

P: Ok, doctora. Gracias, me siento muy relajado que no me quiero ni parar.

Usted me está ayudando bastante para poder seguir adelante.

T: Descuida Brayan, eso quiere decir que se ha podido concentrar en el ejercicio, ¡Qué bueno!

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°4

Objetivos de la sesión:

- Lograr que el paciente pueda identificar que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson del Grupo 2, el cual comprende los músculos del rostro (frente, ojos, nariz, lengua, labios) y los músculos del cuello.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Relajación Muscular Progresiva

- Modelado
- Ensayo conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°4; en donde se dará a conocer al paciente la Técnica Relajación Muscular Progresiva de Jacobson Grupo 2 el cual comprende todos los músculos del rostro (frente, ojos, nariz, lengua, labios) y los músculos del cuello. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas Tardes, Brayan, ¿cómo ha estado esta semana?

P: Buenas tardes, doctora, he estado bien, me he sentido más tranquilo.

T: ¡Qué bueno! Y eso, ¿a qué se debe?

P: Creo que es porque diariamente he estado practicando los ejercicios de respiración.

T: Qué bien, me alegra saber que ha estado poniendo en práctica lo aprendido en consulta. Y dígame, ¿trajo los registros que le pedí la sesión pasada?

P: Sí, lo llegué a anotar todo en este cuaderno.

T: Qué bien hizo su registro.

P: Sí, pero de 34 solo podía bajar hasta 33, no podía bajar a más.

T: Pero eso está bien, el objetivo de la técnica es que se mantenga la cantidad de sus pulsaciones o que disminuyan. Siempre y cuando no aumenten, no hay ningún problema, no se preocupe.

P: Está bien, Doctora.

T: Sí, así que no se preocupe por eso. Y dígame ¿practicó la relajación del grupo 1 o sólo la relajación diafragmática?

P: Practiqué los dos como habíamos quedado, pero cuando me sentía un poco fastidiado, ansioso, solo practicaba la respiración diafragmática porque me resultaba más fácil y porque usualmente estaba en público.

T: Y cómo le fue, ¿se le hizo complicado o lo pudo hacer de la misma manera que lo hicimos aquí?

P: No tuve ningún inconveniente, lo realicé como lo hicimos aquí y todo me salió bien.

T: Qué bien, ahora el día de hoy le enseñaré el grupo 2, que son los músculos de la cara. Primero va a ver cómo lo hago y mientras que lo hago lo irá practicando usted también, una vez que sepa como hacer los movimientos, comenzaremos con la relajación.

P: De acuerdo.

T: Bien, como vemos en las imágenes son varios músculos que se trabajan en el rostro. Se comienza por la frente, donde tenemos que levantar las cejas hacia arriba y de esa forma podremos generar tensión en esa zona, luego bajamos a los ojos, donde vamos a pasar a cerrarlos fuertemente, seguimos con la nariz, teniendo que arrugarla hacia arriba, esta parte es un poco compleja, pero le aconsejo que lo practique frente a un espejo y de esa manera encontrar de mejor manera cómo generar tensión en esa parte, continuamos con la sonrisa, la cual tenemos que realizar una sonrisa forzada, donde sintamos que nuestros cachetes se tensan, después seguimos con la lengua, la cual tenemos que dirigirla hacia arriba haciendo presión con el paladar, luego apretaremos los dientes fuertemente, seguido con los labios, realizamos como si fuéramos a dar un piquito, de esa forma generamos tensión y por el último tenemos al cuello, el cual tenemos que tratar de generar tensión, haciendo presión.

P: Listo, doctora.

T: Genial, entonces ¿tiene alguna duda?

P: No, ninguna.

T: Recuerde que cuando ejerza tensión en cada músculo tiene que acompañarlo con la técnica de la respiración y luego cuando deje de realizar la tensión exhalará el aire lentamente.

P: Sí, entiendo, entonces es igual que en los demás ejercicios.

T: Exacto. Ahora, antes de comenzar dígame, ¿tiene alguna contractura muscular o algún problema respiratorio?

P: No.

T: Okay, entonces vamos a comenzar midiendo su pulso y dígame su USA.

P: Está bien, tengo 33 y de USA un 3.

T: Entonces se siente bien, se encuentras tranquilo, pero igual comenzaremos para que pueda ver si se mantiene o disminuye, comenzaremos. Sé que hay mucho ruido, pero vamos a tratar de concentrarnos.

P: Está bien.

T: Primero dígame algún lugar que lo relaje.

P: Bueno a mí me relaja mucho estar en mi cuarto, o pensar por ejemplo en la playa.

T: Descríbame cómo sería su lugar relajante.

P: Bueno, es silencioso, acogedor y ahí me siento muy bien; además cuando imagino estar en la playa me relaja el sonido de las olas y su inmensidad.

T: Y, ¿algún olor que le relaje?

P: El olor a las brisas del mar.

T: Okay, perfecto entonces ¿le parece si trabajamos con esas escenas para comenzar?

P: Sí, está bien.

T: Si gusta cierre los ojos, y pegue su espalda en el espaldar del asiento para que pueda estar más cómodo, ahora va a seguir el sonido de mi voz, quiero que se visualice en la playa, donde es muy tranquilo y cómodo para usted, que sienta la calidez del ambiente que pasa por su cuerpo, escuche el sonido de las olas que chocan con la arena y perciba el aroma a las brisas del mar; bien, lo que va a hacer es respirar ese aroma que tanto le gusta y cuando encuentre ese aroma, levante el dedo índice. Trate de concentrarse en ese aroma, la calidez y tranquilidad que siente cuando está frente al mar.

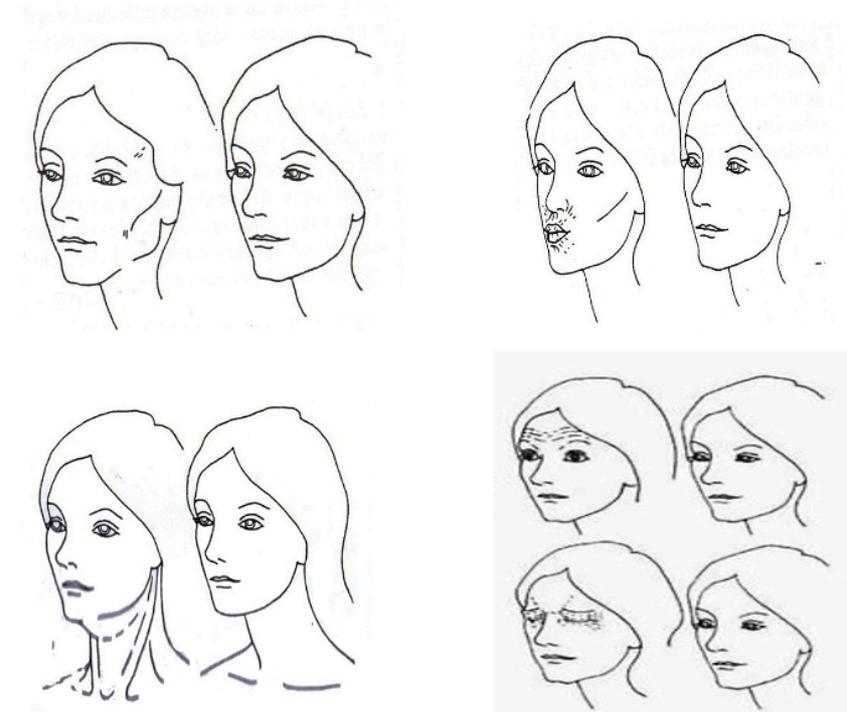
*P: *Levanta el dedo índice***

***El paciente después de unos segundos levanta el dedo índice.*

T: Muy bien, pudo encontrar ese aroma que tanto le agrada ahora lo que va a hacer es inhalar lenta y profundamente sintiendo como ese aroma atraviesa desde su nariz, su garganta, sus pulmones, se dirige hacia su estómago, lo va a retener ahí... 6, 5, 4, 3, 2, 1 y lo bota lentamente, lo realizamos una vez más y sentirá cómo su cuerpo se va relajando. Ahora va a levantar su frente hacia arriba haciendo presión mientras inhala el aroma a las brisas del mar que tanto le gusta, hará tensión una vez más en su frente, ahora pasará a expulsar el aire. Lo hacemos una vez más, tense su frente mientras inhala, ahora bote el aire lentamente y va a ir sintiendo como el músculo de su frente se va relajando. Ahora pasará a cerrar los ojos fuertemente mientras inhala el aire, ejerza presión, expire el aire y con ello va soltando la presión y va sintiendo como se irá relajando (repetición). Continuaremos con la nariz, trate de ejercer presión, arrugue por unos segundo su nariz y luego

relaje lentamente, exacto lo estás haciendo muy bien, ahora inhale lento y profundo, ahora expulse el aire, mientras vamos relajando los músculos (repetición). Muy bien ahora bajaremos a la boca y realice una sonrisa forzada estirando lo más que pueda mientras respira, luego expulse el aire y sienta como se relajan sus cachetes.

Seguimos con la lengua, colóquela hacia el paladar haciendo presión, realice la respiración y ahora bote el aire lentamente (repetición). Continuamos con los dientes haciendo presión como si estuviese mordiendo algo súper duro, realizamos la inhalación ahora ve botando el aire lentamente mientras va relajando la boca, sienta como sus músculos se van relajando (repetición). Ahora pasaremos a los labios, hará como si fuera a mandar un beso, haciendo presión en los labios mientras respira y ahora va soltando los labios poco a poco mientras bota el aire lentamente. Lo está haciendo muy bien, vamos a pasar a realizar la tensión en el cuello girándolo lentamente hacia un lado mientras respira lentamente, ahora regrese a la posición inicial, gire el cuello para el lado contrario realice la respiración profunda, retenga unos segundos y expulse el aire lentamente mientras va regresando a su posición inicial (Repetición 1 vez más). Muy bien ahora realizaremos una respiración más, que sea profunda y lenta, dirigimos todo ese aire hacia el estómago y luego lo vamos a expulsar lentamente con ello se van todas nuestras preocupaciones problemas de la semana (repetición 2 veces). Ahora pasará a abrir los ojos lentamente como si no quisiera despertar y sin moverse de su sitio. Muy bien ahora que se encuentra en un estado de relajación realizaremos una vez más la respiración. Ahora pasaremos a medir su pulso y su USA.



P: Mide 31 y mi usa un 1

T: Hemos bajado 2 puntos, dígame ¿cómo se siente?

P: Me siento muy relajado, hasta tengo ganas de dormir.

T: Qué bueno que se haya podido relajar, dígame ¿tiene alguna duda?

P: No ninguna, todo me ha quedado claro.

T: Entonces, va a seguir con el registro que ha estado haciendo durante toda la semana. Dónde va a practicar el grupo 1 y 2. Me gustaría que trate de hacerlo 1 vez al día y no se olvides de registrar su pulso inicial y el final.

P: Está bien.

T: Dígame cómo va sintiendo la terapia, siente que le está ayudando, le gustaría que mejoremos en algo?

P: No, la verdad todo está yendo muy bien, los ejercicios me están ayudando mucho

T: ¡Qué bueno!, quiero que sepas que tienes la libertad, a que sugieras cuando algo no está funcionando muy bien para usted.

P: Sí doctora pero por ahora todo está funcionando muy bien.

T: Genial, entonces acompáñeme para poder sacar la próxima cita.

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°5

Objetivos de la sesión:

- Lograr que el paciente pueda identificar que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson Grupo 3, el cual comprende los músculos del tórax, pecho, abdomen, espalda y la lumbar.
- Reforzar sesión anterior.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Relajación Muscular Progresiva
- Modelado
- Ensayo conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°5; en donde se dará a conocer al paciente la Técnica Relajación Muscular Progresiva de Jacobson Grupo 3, el cual comprende los músculos del tórax, pecho, abdomen, espalda y la lumbar. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes Brayan ¿cómo ha estado esta semana? ¿todo bien?

P: Buenas tardes, doctora, me he sentido mucho mejor, pero el día lunes me sentí un poco ansioso porque me empezó a latir el corazón de una manera extraña, y eso me preocupó e incomodó un poco.

T: ¿A qué se refiere con una manera extraña?

P: Bueno, es que mi corazón latía de una manera diferente a las anteriores, como que más fuerte pero lento, y eso hizo que me sugestionara un poco, pero luego realicé la respiración diafragmática y me calmé un poco.

T: Entiendo, es normal que de vez en cuando sienta esas palpitaciones, no tiene por qué preocuparse, además hizo muy bien en practicar la respiración diafragmática, eso ayuda bastante.

P: Sí, suelo hacer primero la de la respiración, ya que es el más fácil para mí y si me funciona.

T: ¿Está realizando las técnicas de relajación que le enseñé y le recomendé que lo realizara en la mañana y en la noche?

P: Sí Doctora, todos los días las practico como me dijo, y me tomo el pulso antes y después para poder reconocer mi estado normal de pulsación. Y bueno cada vez que me siento un poco ansioso hago la de la respiración.

T: Muy bien Brayan, eso le va a ayudar bastante y va a poder estar más tranquilo. Ahora, le vamos añadir el hecho de pensar cosas positivas, ¿ok? por ejemplo: cada mañana al levantarse va a pensar o decir “el día de hoy va a ser un gran día, me irá muy bien, entre otras cosas que le ayuden”. Porque si nosotros comenzamos pensando cosas negativas obviamente nos vamos a sentir de esa manera ante cualquier estímulo o situación. Además, recuerde no pensar en los síntomas, porque de esa manera se va a sugestionar y tensionar, ¿de acuerdo?

P: Entiendo, tiene razón, lo intentaré.

T: Muy bien, ¿trajo su registro de esta semana?

P: Sí, aquí lo tengo, esta semana como le comenté, estuve más tranquilo a excepción del día lunes que me sugestioné y aumenté 3 puntos, sintiéndome en USA con 6.

T: Está muy bien, recuerde que lo importante es que se mantenga o disminuya las pulsaciones; sin embargo, el día lunes aumentó porque se preocupó mucho al sentir las palpitaciones de su corazón y se centró en el síntoma, como le mencioné hace un instante, trate de no pensar en la sintomatología, al no estar tan pendiente, se sentirá mucho mejor.

P: De acuerdo Doctora.

T: Bien, ahora el día de hoy trabajaremos el grupo 3, que son los músculos del tórax, los cuales comprenden el pecho, el abdomen, la espalda y la lumbar. Como siempre, primero va a observar cómo lo hago yo y mientras que lo hago lo irá practicando usted, una vez que sepa como hacer los movimientos, comenzaremos con la relajación.

P: Está bien doctora.

T: Okay, como vemos en las imágenes son tan solo 4 músculos los que se trabajan en el grupo 3.

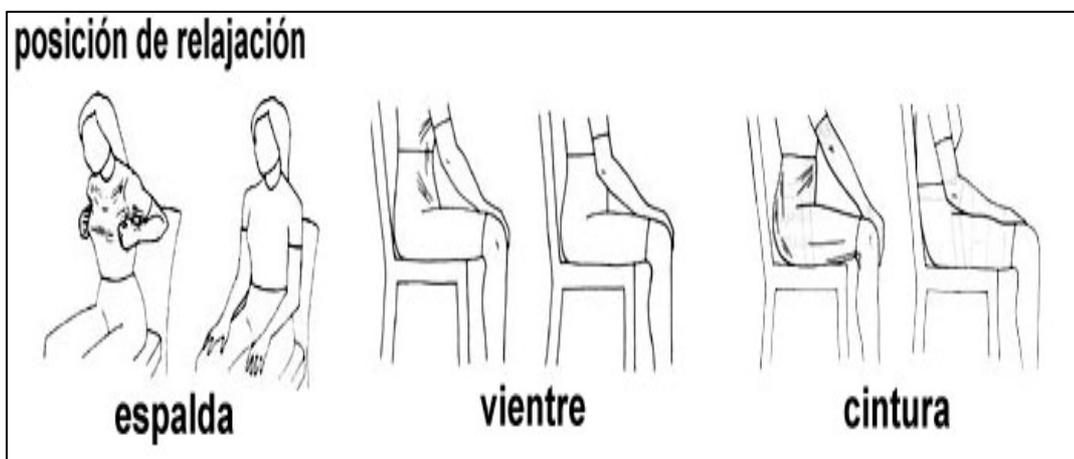
P: Son menos que los de la cara.

T: Sí, no se ven tan complicados.

P: Sí, con los otros necesitaba más práctica, a veces me daba un poco de risa.

T: Sí, ese grupo muscular es un poco gracioso, pero ayuda bastante también, especialmente antes de dormir. Bueno, vamos a comenzar con el pecho, donde tenemos que colocar los brazos de esta manera, en la cual hagamos presión en el

pecho, haz como si tuviese un objeto entre el pecho, hasta que sintamos la tensión. Luego, continúa el estómago, ejercemos presión. Después, nos colocamos un poco para adelante y nuestros brazos hacia atrás de esa manera sentir la tensión en nuestra espalda y por último sentarnos en una posición recta, como si sacaras sus glúteos para atrás, haciendo presión en su espalda baja. Recuerda que siempre cuando ejercemos la tensión, tenemos que respirar y luego cuando vamos relajándonos, botamos el aire lentamente. Ahora dime, ¿tiene alguna duda?



P: Está claro, entendí todo.

T: Entonces, antes de comenzar dígame, ¿estás con contracturas musculares o algún problema respiratorio?

P: No.

T: Bien, vamos a comenzar midiendo su pulso y dígame su USA.

P: Está bien, tengo 33 y de USA 2.

T: Sé que hay mucho ruido pero vamos a tratar de concentrarnos.

P: Está bien.

T: Primero,

dígame el olor que le agrada.

P: Bueno, como le comenté, el olor a brisas del mar, me relaja y me gusta.

T: ¿Okay, perfecto entonces le parece si trabajamos con ese aroma?

P: Sí.

T: Si gusta puede cerrar los ojos, ahora va a seguir el sonido de mi voz, quiero que primero respire, inhale lento y profundo, retenga el aire y botelo lentamente. Lo volvemos a hacer, ahora que se encuentra más relajado, me gustaría que traiga a su mente el olor a la brisa del mar. Como si estuviese usted solo frente al mar, sintiendo el aroma. Y cuando lo percibas levante el dedo índice.

*P: *Levanta el dedo índice***

*** Después de unos segundos el paciente levanta el dedo índice.*

T: Muy bien, pudo encontrar ese aroma que tanto le agrada, ahora lo que va a hacer es inhalar lenta y profundamente sintiendo como ese aroma atraviesa desde su nariz, su garganta, sus pulmones, se dirige hacia su estómago y lo va a retener ahí... 6, 5, 4, 3, 2, 1 ahora botelo lentamente, lo realizamos una vez más y sienta como su cuerpo se va relajando. Ahora generaremos tensión en nuestro pecho, coloque sus brazos hacia adelante, como si tuviese un objeto al medio, inhale, retenga el aire y suelte lentamente la presión generada en su pecho mientras va botando el aire. Sienta como va pasando de un estado de tensión a la relajación. (Repetición 2 veces). Ahora, seguiremos con el estómago, haga presión e inhale. Retenga todo el aire y suéltelo lentamente mientras exhala. (Repetición 2 veces). Luego, hágase un poco hacia adelante, colocando los brazos hacia atrás, ejerciendo presión mientras inhala, retenga el aire y vaya soltando los brazos hasta llegar a su posición inicial al mismo tiempo bote el aire haciendo su boca en forma de "O". (Repetición 2 veces). Por último, se colocará en una posición recta haciendo presión en su lumbar, como si sacara los glúteos para atrás. Lo está haciendo muy bien.

Inhale, haga presión y con ello expulsamos el aire. (Repetición 2 veces). Ahora pasará a abrir los ojos lentamente como si no quisiera despertar y sin moverse de su sitio. Muy bien ahora que se encuentra en un estado de relajación realizará una vez más la respiración. Ahora pasaremos a medir tu pulso y tu USA.

P: Mide 30 y mi usa un 1.

T: Hemos bajado 3 puntos, dígame ¿cómo se siente?

P: Me siento muy relajado, me ha ayudado bastante. Me he dado cuenta de que cuando lo practico con usted me es más fácil relajarme.

T: Qué bueno que se haya podido relajar, dígame ¿tiene alguna duda?

P: No ninguna, todo me ha quedado claro.

T: Entonces, va a seguir con el registro que ha estado haciendo durante toda la semana. Dónde vas a practicar el grupo 1, 2 y 3. Me gustaría que trate de hacerlo en la mañana y en la noche y no se olvide de registrar u pulso inicial y el final.

P: Está bien.

T: Asimismo, me gustaría que vaya averiguando un poco sobre la TREC, que vayas leyendo la eficacia que tiene en personas que presentan ansiedad. Y sobre el ABC para que se nos sea más fácil al entrar al debate, que te había comentado. Así cuando le vaya explicando tenga conocimiento de qué estoy hablando y se le haga más fácil poder entenderlo.

P: Está bien, leeré sobre eso.

T: Genial, entonces acompáñeme para sacar la próxima cita.

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°6

Objetivos de la sesión:

- Lograr que el paciente pueda identificar que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson Grupo 4, el cual comprende los músculos de las piernas, los muslos, las pantorrillas y los glúteos.
- Reforzar sesión anterior.
- Revisar autorregistro del USA y pulsaciones.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Relajación Muscular Progresiva
- Modelado
- Ensayo conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso*

psicoterapéutico realizado en la sesión N°6; en donde se dará a conocer al paciente la Técnica Relajación Muscular Progresiva de Jacobson Grupo 4, el cual comprende los músculos de las piernas, los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.

T: Buenas tardes Brayan, ¿cómo ha estado esta semana?

P: Bueno, si me siento más tranquilo, aunque la psiquiatra me ha aumentado la dosis del medicamento y me ha dicho que es parte del tratamiento y que no tengo de qué preocuparme.

T: Que bueno, ahora dígame, ¿trajo su registro de pulsaciones? y ¿pudo leer sobre la TREC?

P: Aquí está la hoja, no he bajado más que 1 y en la mayoría de los días solo me he mantenido en la misma pulsación, pero he estado tranquilo.

T: Está bien, lo importante es saber cómo se siente y que las pulsaciones no aumenten.

P: Y sobre el TREC, no pude leerlo, porque he estado algo ocupado en mi trabajo, y no me ha dado tiempo.

T: Está bien no se preocupe, lo bueno es que todo eso lo vamos a trabajar más adelante, la otra semana terminamos con las técnicas de relajación y luego comenzaremos con el debate. Pero trate de leer un poco para que pueda entenderlo mejor.

P: Está bien.

T: El día de hoy realizaremos el grupo 4, el cual consta de los músculos de las piernas, como podemos ver en las imágenes de la pizarra comprenden: los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Si te darás cuenta son menos músculos que la vez pasada.

P: Sí, entonces va a ser más sencillo aún.

T: Exacto. Antes de comenzar a enseñarle cómo se realiza. Dígame, ¿tiene alguna contractura muscular, algún malestar, gripe?

P: No.

T: Entonces iniciemos; vamos a sentarnos cómodamente con los pies sobre el suelo, luego levantaremos la pierna derecha, estirándola y colocando la punta del pie hacia arriba de esa manera ejercemos tensión en el muslo. Luego hacemos lo mismo pero colocando la punta del pie hacia abajo de esa manera generaremos tensión en las pantorrillas. Luego nos sentaremos, como si sacaremos los glúteos haciendo presión en esa zona. Recuerde que tenemos que realizar la respiración, cada vez que ejerzamos presión. ¿está todo claro?



P: Entendí, está fácil.

T: Bien, entonces comenzaremos. Primero pasaremos a medir sus pulsaciones y su USA.

P: Tengo 33 y 2 de Usa.

T: Okay, entonces vamos a comenzar. Dígame, ¿hay algún sonido que le relaje?

P: Sí, el de las olas del mar.

T: Está bien, ¿a ver dígame le gusta esta melodía?

P: Sí, es tranquila y parece que estuviera en el mar.

T: Okay, entonces comenzaremos (se coloca una melodía similar al sonido del mar). Ahora si gusta puede cerrar los ojos; vamos a concentrarnos en el sonido del mar, como suenan las olas cuando chocan contra la arena y mientras eso ocurre vamos a inhalar el aire, retenemos el aire 6, 5,4,3,2, 1, botamos el aire lentamente, vamos sintiendo como nos vamos relajando (repetición). Ahora que ya te encuentras más relajada vamos a levantar la pierna derecha y pondremos la punta del pie hacia arriba ejerciendo presión en el muslo mientras inhalamos el aire. Muy bien, ahora iremos expulsando el aire mientras relajamos y bajamos la pierna (Repetición). Quiero que se concentre en el sonido del mar, está solamente usted, no hay bulla, solo usted y las olas del mar. Ahora, levantaremos la pierna izquierda y de igual manera ejerceremos presión con el pie hacia arriba y vamos sintiendo como existe una presión en nuestros muslos, mientras inhalamos el aire. Ahora expulsamos el aire, mientras botamos el aire en forma de “o”. Excelente, ahora de nuevo levantaremos la pierna derecha, pero en esa ocasión dirigiremos la punta del pie hacia debajo de esa forma ejerceremos presión en el muslo. (Repetición). Continuaremos, con la pierna derecha, dirigiendo la punta hacia debajo de esa manera ejercemos tensión en nuestra pantorrilla. De igual formas con la pierna izquierda. (Repetición). Luego de eso trataremos de endurecer nuestros glúteos, mientras inhalamos el aire, sostenemos la respiración y expiramos el aire, con ello sentimos como nuestros problemas se van, nuestras preocupaciones las dejamos de lado (Repetición). Lo ha hecho muy bien, ahorita se encuentra en un estado de relajación. Ahora va a ir abriendo los ojos lentamente como si no quisiera despertar. Va a tratar de permanecer en su mismo lugar. Vamos a realizar una respiración

más, inhalamos, retenemos 6, 5, 4, 3, 2,1 soltamos. Muy bien. ¿dígame cómo se ha sentido?

P: Muy relajado, más que antes. Me gusto que haya incluido la música, se me es más fácil concentrarme en el mar, sentí como si hubiese estado ahí.

T: ¡Qué bueno! sí el sonido del mar ha ayudado bastante. A ver, vamos a medir ¿cuántas pulsaciones tiene?

P: 30.

T: ¿Y su USA?

P: Un 1.

T: Hemos bajado bastante ¡Qué bueno!

P: Sí doctora, creo que así funciona mejor para mí.

T: Dígame, ¿tiene alguna duda, sobre la técnica de hoy día?

P: No, ninguna.

T: Entonces, va a seguir con el registro que ha estado haciendo todas estas semanas. Donde va a practicar los grupos 1,2,3 y 4. Si gusta puede acompañarlo con música relajante, así como hemos hecho el día de hoy.

P: Está bien.

T: Genial, entonces acompáñeme para sacar la próxima cita.

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°7

Objetivos de la sesión:

- Lograr que el paciente pueda reconocer que es capaz de tener el control de sus estados de ansiedad a través de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson de todos los grupos musculares.

- Reforzar las sesiones anteriores.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Respiración Diafragmática
- Relajación Muscular Progresiva
- Modelado
- Ensayo conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso*

psicoterapéutico realizado en la sesión N°7; en donde se dará a conocer al paciente la Técnica Relajación Muscular Progresiva de Jacobson de todos los grupos musculares; grupo 1 brazos, puño, antebrazo, bíceps y hombros; grupo 2 rostro, frente, ojos, nariz, labios, lengua y cuello; grupo 3 tórax, pecho, vientre, espalda, y lumbar y grupo 4 piernas, muslos, pantorrillas y glúteos. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.

T: Buenos días Brayan ¿cómo te ha ido esta semana?

P: Buenos días doctora, muy bien. He estado practicando la relajación con la música una vez a la semana y me he sentido mucho mejor, además no he estado pensando en los síntomas como usted me recomendó, y me ha sido mucho más fácil relajarme.

T: Que bueno Brayan, el día de hoy vamos a continuar con la técnica de relajación muscular progresiva pero esta vez realizaremos todos los grupos musculares. ¿recuerda cuáles eran los músculos que comprendían los grupos?

P: Sí

T: A ver comencemos con el primer grupo

P: Son los brazos, comienza por el puño, antebrazo, bíceps y el hombro

T: Muy bien, el segundo grupo.

P: Son los de la cara, frente, ojos, nariz, labios, sonrisa, dientes, lengua y cuello.

T: Bien ahora ¿los del tercer grupo?

P: Son el tórax que tiene el pecho, estomago, espalda, y lumbar.

T: Excelente y ¿el cuarto grupo?

P: Comprende las piernas, que son los muslos, pantorrillas y pompis.

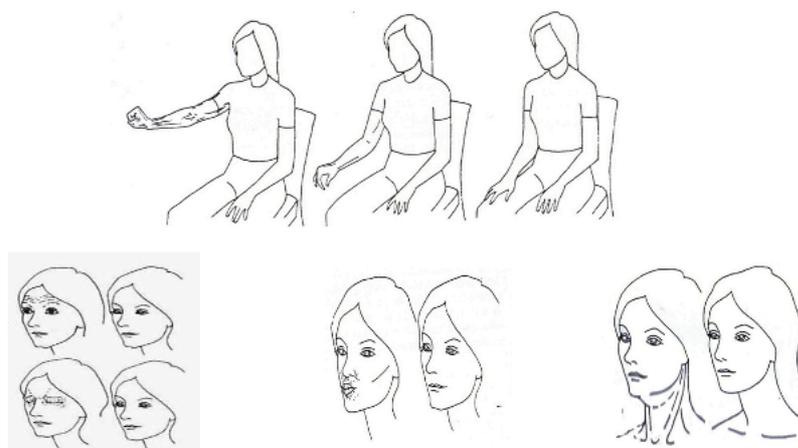
T: Muy bien. En esta oportunidad lo va a realizar usted solo como si estuviera en su casa. Va a comenzar desde el grupo 1 hasta el grupo 4. Recuerde que primero debe tomarse el pulso.

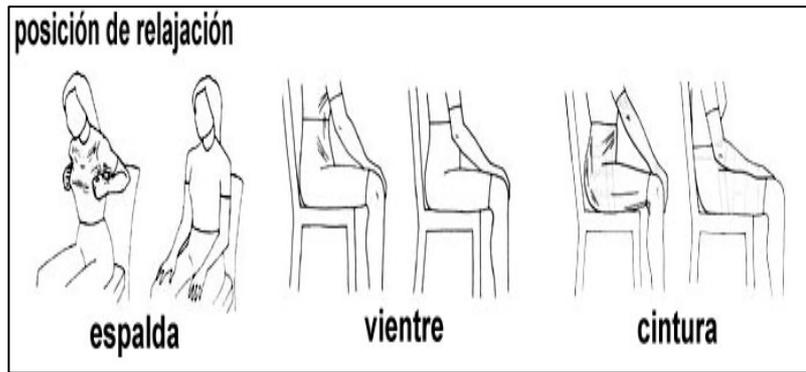
P: Está bien, tengo 33 y mi USA 2.

T: Okay, colocaré una melodía suave como la sesión anterior, puede comenzar.

P: De acuerdo.

****El paciente realiza en sesión los 4 grupos musculares aprendidos en las sesiones anteriores.**





T: Muy bien, ahora dígame, ¿cómo se sintió?

P: Muy relajado, la música ayuda a que me relaje un poco más.

T: Ahora vamos a medir sus pulsaciones y su USA.

P: 32 y 2.

T: Qué bien que se sienta mucho mejor ahora.

P: Sí doctora.

T: Bueno, ahora le voy hacer entrega de este autorregistro de pensamientos el cual lo utilizaremos en las próximas sesiones; es un autorregistro del esquema ABC, en donde A son las situaciones, B lo que pensamos y C lo que sentimos y lo que hacemos, ¿de acuerdo?, para eso trate de leer sobre el ABC para que se le pueda ser mas fácil, de todas maneras, la próxima sesión se lo explicaré con más detalle.

P: Está bien doctora.

T: ¿Tiene alguna duda?

P: No doctora, de todas maneras, trataré de leer lo que me recomendó para guiarme.

T: Muy bien, ahora acompáñame para sacar la próxima cita.

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°8

Objetivos de la sesión:

- Lograr que el paciente pueda identificar la relación entre los eventos, creencias irracionales y consecuencias. A partir de ello pueda debatir, discriminar y modificar sus pensamientos irracionales a racionales según las situaciones que se puedan presentar.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- ABC
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°8; en donde se dará a conocer al paciente a través del modelo ABC de Ellis, la relación que existe entre los eventos, creencias irracionales y consecuencias. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas Tardes Brayan, ¿cómo haz estado durante esta semana que no nos vimos?

P: Buenas tardes doctora, esta semana he estado más tranquilo, me he sentido muy bien, no ha habido situaciones que me hayan generado malestar, además, he estado pensando positivamente.

T: ¡Qué bueno, que se haya sentido mejor! quiero saber si lograste leer sobre ese esquema y si hiciste tu autorregistro de pensamiento.

P: No pude realizar mi autorregistro pero sí leí un poco sobre ese esquema y entendí que las A eran las situaciones, B los pensamientos y C las emociones y conducta.

T: Bien, ahora le voy a explicar con mayor detalle el esquema ABC y puedas comprenderlo mejor, y a su vez para que pueda ponerlo en práctica.

P: Está bien.

A continuación, se detalla el esquema del ABC (gráfico):



A

Acontecimientos, hechos o situaciones.
Internos o externos.

B

Proceso de creencias (Pensamientos,
ideas, imágenes, etc).

C

Consecuencias o resultados (Conductas
o emociones) funcionales o
disfuncionales.

T: Recuerda que es importante tener pensamientos flexibles, consistentes con la realidad, es decir, que estén basados en hechos o datos fiables, asimismo, estos pensamientos producen emociones equilibradas, una conducta adaptada y productiva, eso es a lo que denominamos creencias racionales. Por otro lado están las creencias irracionales, las cuáles son pensamientos catastróficos que se caracterizan por exagerar las consecuencias negativas de un hecho, son afirmaciones sin fundamentos y/o suposiciones; asimismo, reflejan demandas u obligaciones no realistas sobre uno mismo o sobre los demás – debe ser, tiene que, debería, yo esperaba, me ha/he decepcionado y por lo tanto van a generar en la persona emociones muy incómodas, intensas, malestar físico y emocional como por ejemplo la ansiedad. Ahora es importante tener en cuenta que las emociones no las podemos cambiar pero sí la forma de cómo pensamos, y eso se verá reflejado en la conducta que realicemos.

P: OK.

T: Si no tiene dudas con lo explicado, quiero recordarle lo que le dije en la primera sesión, que durante estas sesiones voy a debatir sus creencias, esos pensamientos irracionales que le generan malestar, y no se sienta atacado ya que todo es hacia sus creencias mas no hacia su persona.

P: Sí, está bien doctora.

T: Bien, entonces vamos a comenzar. Dígame, ¿qué situaciones le generan ese malestar?

P: Es que realmente no sé muy bien que me puede generar malestar.

T: Está bien, recuerde que es lo que le podría generar incomodidad y malestar, podrían ser los síntomas, discusiones con su novia o en el trabajo.

P: Entiendo.

T: Dígame de todas esas situaciones ¿cuáles cree que son las que le generan más ansiedad?

P: Bueno, con mi novia, siento que es muy celosa e inmadura, a veces discutimos por cosas tontas y eso me genera cólera porque se malogra el momento, y aunque al día siguiente lo arreglamos es en ese momento donde me siento mal y creo que ese debe ser un punto importante que me causa malestar.

T: Entiendo, pero dígame a que se refiere con “cosas tontas”.

P: Es que me da mucha cólera discutir por cosas tontas, cosas por las cuales no deberíamos de pelear y ella hace un huracán en un vaso de agua y a pesar de que me disculpo sin tener la culpa y aunque trato de explicarle las cosas ella sigue molesta.

T: Okay y ¿cómo le hace sentir?

P: Mal.

T: Pero ¿qué es mal?; recuerda que hablamos sobre las emociones racionales e irracionales.

P: Sí, bueno con ira, ansiedad, impotencia y cólera.

T: Okay y ¿qué haces en esos momentos cuando te sientes con así?

P: Camino de un lado a otro, si estoy con ella me voy a mi casa, trato de evitarla.

T: Cuando experimentas esa ansiedad, ¿qué haces?

P: Comienzo a sudar, mi corazón se acelera.

T: Y cuando sientes impotencia ¿qué haces?

P: Levanto la voz, la dejo hablar, trato de irme, porque explicarle algo tan obvio y discutir por algo tonto me fastidia mucho y me genera esa ansiedad, impotencia y cólera.

T: Está bien, entonces volviendo al comienzo, el hecho de discutir con su novia por cosas que consideras sin importancia o cosas tontas, eso le hace sentir ansiedad, impotencia e ira, lo que ocasiona que usted camine de un lado a otro, levante la voz, comienza a sudar , y siente que su corazón se acelera.

P: Exacto.

T: Dígame, ¿qué es lo primero que se le viene a la mente cuando sucede esa situación?

P: Que ¿no debería molestarse por algo así? ¿quién en su sano juicio se molestaría por algo así?

T: Dígame una situación que usted considere que haya ocasionado una discusión entre ustedes dos, por algo que usted considere “ tonto”.

P: Por ejemplo, cuando fuimos al supermercado, yo me pasé al pasillo siguiente y pensé que ella estaba siguiéndome y cuando regresé a verla ella estaba molesta y empezó a reclamarme porque la había dejado sola, que no me importa y que seguro me estaba yendo a hablar con otra persona.

T: Okay, y supongo que usted le explicó y ella no entendió ¿verdad?

P: Exacto, por mas que le explique todo, ella no me entendió.

T: Bien, ahora el hecho que no le entienda, ¿qué crees que dice de usted?

P: Ay, muy aparte de lo que siento, pienso que no sirvo para nada, que por más profesional que sea no lo vale porque no puedo creer que ella no logre entender algo tan obvio.

T: Entonces el hecho de que su novia siga molesta después que usted le haya explicado sus razones significa que ¿usted no sirve y que no vale para nada?

P: Sí obviamente, yo soy abogado de la marina y que ella no logre entenderme me frustra.

T: Ok, dígame ¿qué significa que su novia siga molesta más tiempo que usted cuando discuten?

P: Que estaré haciendo algo mal, que me estoy equivocando y que quizás no sirva como enamorado.

T: Y el hecho que se equivoque ¿qué dice de usted?

P: Que no sirvo, soy abogado y no debería ni puedo equivocarme.

T: Okay Brayan, quiero que se centre y me dé una prueba de que el hecho que se haya equivocado significa que usted no vale nada.

P: Porque el hecho que me haya equivocado sería que falle y que por mi culpa mi relación no haya funcionado.

T: Entonces lo que usted quiere decir es que todas las personas, especialmente los abogados que se equivocan ¿no valen para nada?

P: No pues (Risas) otros no .*

T: Y porque ellos no y ¿usted sí? Dígame ¿hay alguna regla que le indique que no se puede equivocar?

P: No, pero así lo creo yo y es mi manera de pensar

T: Está bien, es su manera de pensar pero quiero que encuentre la lógica en su discurso, ¿encuentra lógica en pensar que porque una persona se equivoca, eso hace automáticamente que no sirva para nada?

P: Bueno, si me lo plantea de esa manera no encuentro lógica no sé cómo explicarle

T: Quiero que tenga en cuenta que la manera en la cual está pensando es poco flexible porque lo que me dice son absolutismos, es decir que, ¿sí o sí no tiene que equivocarse? Entonces, tenemos que aprender algunas palabras muy importantes:

“ME GUSTARÍA”; “ME ENCANTARÍA” y “DESEARÍA”.

P: Sí doctora, a veces suelo pensar que las cosas tienen que darse de cierta manera, pero si pensaría de una manera más positiva/distinta creo que no me molestaría tanto.

T: Muy bien, bueno se nos acabó el tiempo, pero continuaremos la semana que viene, está bien? Ten en cuenta el esquema que te mostré para que lo vayas poniendo en practica, igual cualquier duda la vemos la sesión siguiente.

P: De acuerdo doctora, sacaré mi cita.

*A continuación, se realizan algunos ejemplos de acontecimientos del paciente con la finalidad que pueda comprender mejor la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta; asimismo, como estas influyen entre sí.

| A | B | C |
|--|---|--|
| <p>ACONTECIMIENTO ACTIVADOR</p> <p>(SITUACIONES)</p> | <p>SISTEMA DE CREENCIAS</p> <p>(PENSAMIENTOS)</p> | <p>CONSECUENCIAS</p> <p>(EMOCIONES/ CONDUCTAS)</p> |
| <p>A</p> | <p>B</p> | <p>C</p> |
| <p><i>A1 : Discutir con mi novia</i></p> <p><i>A2: Que me cele y reclame por cosas insignificantes.</i></p> <p><i>A3: Explicarle cosas obvias y no entienda.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo puede molestar por algo así? • ¿Quién es su sano juicio lo haría? • No me entiendo. • No valgo, no soy suficiente. • ¿Qué estoy haciendo mal? | <p>Ansiedad (9/10)</p> <p>Ira (9/10)</p> <p>Tristeza (8/10)</p> <p>Caminar de un lado a otro</p> <p>Levantar la voz</p> <p>Salir del lugar</p> |

Conclusiones:

- Se logró de manera parcial los objetivos y se espera continuar en la siguiente sesión.

Sesión N°9**Objetivos de la sesión:**

- Realizar una retroalimentación de la sesión anterior.
- Debatir las creencias irracionales y modificarlos por pensamientos más flexibles para generar mayor bienestar emocional.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- ABC
- Retroalimentación
- Reestructuración Cognitiva.

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°9; en donde se realiza con el paciente la técnica de debate con la finalidad que cuestione sus creencias irracionales y las modifique por otras que le generen bienestar; asimismo, se retroalimentó la sesión anterior. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes Brayan, ¿cómo haz estado?

P: *Qué tal doctora, he tratado de poner en práctica lo que tratamos la semana pasada, pero no es muy fácil, a veces no logro identificar si la manera en la que estoy pensando es la adecuada; sin embargo, ya no tengo pensamientos muy rígidos que me generan malestar.*

T: Está bien, no es fácil pero si practica y evalúa cada situación, con el tiempo le será mucho más fácil identificarlo y se sentirá mejor, además, tenga en cuenta que para aprender hay que practicar.

P: Sí doctora, está bien.

T: Le voy a poner un ejemplo: van a haber 2 personas Juan y Jorge, los dos van a pasar por una misma situación ambos van a perder su trabajo soñado eso hace que Juan se sienta depresivo, que no quiera salir, que duerma muchas más horas de lo normal, que haya dejado de disfrutar las cosas que hacía. Pero, mientras tanto Jorge que ha pasado por la misma situación, se siente triste, pero sigue haciendo sus cosas, come y duerme lo habitual. ¿qué crees que esté pasando ahí? ¿por qué reaccionan de diferente manera? ¿qué crees que esté pensando Juan?

P: Supongo que debe estar pensando que no va a encontrar otro trabajo, que es terrible lo que le ha pasado y que es injusto tal vez.

T: Ok muy bien y ¿qué crees que esté pensando Jorge?

P: Que seguro va a encontrar otro trabajo.

T: Bien, ¿cuál crees que es la diferencia entre Juan y Jorge para que mientras uno se sienta con depresión el otro solo se sienta triste?

P: La manera de pensar.

T: Exacto ¿y cómo puedes trasladar este ejemplo a tu vida?

P: ¿Qué yo piense cosas negativas me hace sentir de manera irracional?

T: Claro, entonces volviendo a lo que usted dice; que el hecho que su novia siga molesta después que usted le haya explicado la situación y le haga pensar que usted falló y además porque se equivocó usted no sirve y que no vale nada, dame una prueba que eso sea verdad?

P: Bueno, como ya le había comentado la sesión anterior, no hay pruebas que demuestren que por equivocarme o las cosas no salgan como yo quisiera signifique que no valga nada. Pero aveces no estoy seguro de eso, porque yo como abogado no debería de fallar.

T: Mira le voy a contar una breve historia; “Había una chica que quería casarse con el hombre perfecto, entonces siempre salía con varios chicos, pero siempre decía no este es muy alto, que este es muy chato, que este muy gordo, que muy flaco, que es muy educado, que es malcriado y entonces estuvo así por años hasta que por fin lo encontró, pero ya estaba demasiado vieja para casarse”. ¿qué puedes entender de lo que te acabo de decir?

P: Que no existe la perfección.

T: ¿Entonces, si es que no existe la perfección porque usted dice que no puede fallar? O dígame ¿no es usted un ser humano? ¿es un robot?

P: No doctora, soy un ser humano.

T: ¿Y un ser humano que suele cometer?

P: Errores.

T: Okay, y si somos humanos y cometemos errores eso ¿qué significaría?

P: Que somos humanos y que podemos equivocarnos y a veces cometer errores, ¿verdad?

T: Exacto, entonces reemplazando ese pensamiento de hace un rato de que no vales nada por el hecho de equivocarte, ¿cómo lo cambiarías a algo más racional?

P: Que el hecho que me equivoque no significa que no valgo nada, sino que simplemente soy un ser humano que se equivoca. Nunca nadie me había hecho ver esta parte.

T: De eso se trata Brayan.

P: Y bueno ahora me estoy dando cuenta de lo mal que estaba pensando.

Bueno mal no "equivocado".

T: Bueno, poco a poco usted solo se irá dando cuenta de muchas cosas, ahora ya se nos acabó el tiempo, vamos para sacar la próxima cita. Su tarea va a ser registrar en su cuadro las A B y C de la semana, ¿está bien?

P: Está bien doctora, muchas gracias.

T: Nos vemos la próxima semana.

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°10

Objetivos de la sesión:

- Alcanzar que el paciente se centre en modificar sus pensamientos irracionales por pensamientos más flexibles, objetivos y racionales, a través de la técnica de Imaginación Racional Emotiva.

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- ABC
- Imaginación Racional Emotiva
- Retroalimentación
- Tareas para la casa

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°10; en donde a través de la técnica de Imaginación Racional Emotiva, el paciente podrá identificar y modificar sus creencias irracionales por otras más flexibles y racionales; asimismo, se*

retroalimentó la sesión anterior. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.

T: Buenas tardes Brayan ¿cómo ha estado durante esta semana?

P: Buenas tardes Doctora, me he sentido mucho mejor.

T: ¡Qué bueno!, Dígame ¿has podido realizar tus registros tanto de pulsaciones como de pensamientos?

P: Sí, aquí están.

T: Okay, ¿lograste disminuir tus pulsaciones?

P: Sí, aunque a veces sigo puntuando la misma cantidad de pulsaciones

T: Recuerdas que habíamos comentando que lo importante es que no suban las pulsaciones, ¿verdad?

P: Sí, eso lo tengo en mente siempre.

T: En su registro de pensamiento ha colocado que la A es que su novia se molestó porque llegaste 10 min tarde a su casa, B sólo fueron 10 min, es una exagerada y C es ira y ansiedad.

P: Correcto.

T: Okay, mira vamos a colocarlo en la pizarra, para poder trabajar mejor. Acá sería bueno corregirlo, ya que las A me gustaría que las hagas más específicas, de igual manera los pensamientos. Mira hay 3 niveles de pensamientos, vamos a ponerles nivel 1, nivel 2 y nivel 3. El nivel 1 es lo primero que piensas, el nivel 2 es dónde encuentras alguna regla como debería o tienes que y el nivel 3 es lo que tú mismo dices de ti.

P: Ok, ahora si entendí mucho mejor.

T: Bien, vamos a comenzar, la situación de que tu novia se haya molestado porque llegaste 10 minutos tarde a su casa ¿eso cómo te hizo sentir en C?

P: Me hizo sentir ira y ansiedad.

T: Okay y dígame ¿qué es lo primero que se le viene a la mente?.

P: Ah, que es una exagerada.

T: Ya que otra cosa piensas.

P: Que ella debería ser más comprensiva y no molestarse por cosas insignificantes.

T: Y si sigue molesta ¿qué dirías?

P: Que es muy infantil.

T: Ya mira hemos utilizado este ejemplo para que puedas darte cuenta mucho mejor de cómo se trabaja el ABC, ahora vamos a realizar una situación propia.

P: Okay Doctora.

T: Pero ahora vamos a hacer un ejercicio de imaginación ¿está bien?

P: Está bien.

T: Okay, quiero que trates de colocarte en una posición cómoda. Vamos a respirar profunda y lentamente. Muy bien. Ahora quiero que traiga a su mente una A que le haya causado mucho malestar, quiero que imagine como si estuviese ahí, recuerde dónde estaba, con quién estaba, qué estaban haciendo, de qué estaban hablando, quiero que trate de ver todos los detalles y una vez que lo tenga levante el dedo índice.

*P: *levanta el dedo índice***

*** Unos segundos después el paciente levanta el dedo índice.*

T: Muy bien ahora que ya ve que está sucediendo quiero que traiga aquí lo que sintió, ¿cómo te sentiste?, identifica que es lo que sientes, cómo le hizo sentir,

trate que su cuerpo lo pueda volver a sentir y cuando ya lo sientas, quiero que levante el dedo índice.

*P: *levanta el dedo índice***

*** Unos segundos después el paciente levanta el dedo índice.*

T: Ahora que ya pudo ubicarlo, quiero que cambie C sin cambiar A, es decir; cambiar sus emociones, lo que siente en ese momento sin cambiar la situación que está pasando. Quiero que veas la manera y encuentres una forma de poder modificar eso. Usted puede hacerlo. Trate de ver la manera de poder cambiar C sin cambiar A y cuando lo hayas hecho quiero que levantes el dedo índice.

*P: *levanta el dedo índice***

*** Unos segundos después el paciente levanta el dedo índice.*

T: Muy bien ahora que ya pudiste modificar esas emociones. Vas a tratar de volver aquí al consultorio, dejar esa experiencia y concentrarte aquí en el consultorio e irás abriendo tus ojos poco a poco.

*P: *Abre los ojos***

*** El paciente empieza a abrir los ojos lentamente.*

T: Dígame ¿cómo te sentiste?

P: Bueno un poco molesto e impotente porque volví a sentir todo de nuevo.

T: Ese era el objetivo, que usted pueda volver a sentir todo. Dígame ¿qué situación pudo escoger?

P: Esa situación cuando estaba con mi novia en el supermercado y por irme a otro pasillo empezó a reclamarme y me gritaba, diciendo que la había dejado y que ella no me importaba y a pesar de que le explicaba lo sucedido, ella seguía molesta y pues explicarle y disculparme por algo tan insignificante me generaba ira e impotencia.

T: ¿Y que pensabas en ese momento?

P: Que ella es una exagerada.

T: Okay y ¿cómo te hizo sentir eso?

P: Muy angustiado e irritable.

T: Muy bien y dígame ¿cómo llegaste a cambiar la C sin cambiar A?

P: Bueno modifique mi pensamiento.

T: ¿Qué es lo que pensaste?

P: Que me gustaría que me trate bien pero que si no lo hace por eso no me voy a sentir mal porque esa situación no define quien soy.

T: Muy bien y ¿cómo te hizo sentir el pensar así?

P: Mucho mejor, comencé a sentir que mi ira pasaba a cólera, no me sentía tan molesto.

T: Excelente, dígame ¿de qué te has dado cuenta?

P: De que si cambio mi manera de pensar podría cambiar mi forma de sentir y actuar.

T: Excelente. De esa manera es que me gustaría que trabajes, identifique la A, B y C y luego lo puedas cambiar por un pensamiento racional de esa manera sentirte mucho mejor.

P: Sí, ya pude entender mucho mejor.

T: Entonces ahora lo que vas a hacer es un registro de tus pensamientos igual que este el ABC y lo revisaremos la siguiente sesión. De la misma manera tu registro de pulsaciones.

P: Está bien doctora. Muchas gracias ahora ya quedó mucho más claro.

A continuación, se muestra el cuadro del ejemplo de una situación proporcionada por el paciente:

| A | B | C |
|--|---|---|
| <p><i>A1 : Que mi novia se moleste</i></p> <p><i>A2: Que mi novia no me entienda.</i></p> <p><i>A3: Que me cele y reclame por cosas insignificantes.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Es una exagerada • Debería de ser mas comprensiva • No debería molestarse por cosas insignificantes | <p>Ansiedad (9/10)</p> <p>Ira (9/10)</p> <p>Depresión (8/10)</p> <p>Sudoración</p> <p>Aceleración del corazón</p> |

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°11

Objetivos de la sesión:

- Lograr que el paciente compruebe que sus creencias son irracionales a través de la técnica experimento conductual.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- ABC
- Experimento conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°11; en donde se realizará con el paciente a través de la técnica experimento conductual la comprobación racional y objetiva que tiene sobre sus creencias irracionales. Cabe señalar que las acciones*

realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.

T: Buenas tardes Brayán ¿cómo has estado esta semana?

P: Buenas tardes Doctora, muy bien estuve practicando los ejercicios del ABC para modificar mis pensamientos y de esa forma sentirme mucho mejor.

T: ¡Qué bueno! ¿y dígame, tuvo alguna complicación?

P: No ninguna, la sesión pasada he entendido todo muy bien y trataba de ponerla en práctica.

T: ¡Excelente! Ahora lo que vamos a hacer es una técnica que se llama experimento conductual la cual se trata de poner a prueba nuestras creencias irracionales, de esa manera darnos cuenta objetivamente de las cosas.



P: Está bien y ¿cómo lo hago?

T: Sí, eso es lo que le voy a explicar.



T: Por ejemplo, que pasaría si en sesión estas conversando conmigo y te equivocas al emitir una palabra o frase; ¿cómo te sentirías? o ¿qué pensarías?

P: Me daría un poco de vergüenza, y hasta podría pensar que usted piensa que soy un inútil o tonto.

T: Y dígame, porque podrías pensar eso, ¿acaso he demostrado o dado alguna señal que indique lo que planteas?

P: Bueno no, pero eso fue lo que se me vendría a la mente.

T: Bien, eso es una suposición, piensas en algo que sucedería sin tener un fundamento y esa manera errónea de pensar te va a generar una emoción desagradable, ¿entiendes?, no hay pruebas de que lo que tú dices tenga una alta probabilidad de que vaya a ocurrir.

P: Sí, tiene razón, ahora que me pongo a pensar, la mayoría de mis pensamientos creo que se basan en suposiciones, o como me dijo la vez pasada son creencias irracionales y estas me generan malestar, hasta me suelo molestar o sentir mal por algo que ni siquiera ha sucedido.

P: Está bien doctora.

T: Por ejemplo, recuerda ¿qué creencias irracionales tiene?

P: Sí, la que necesito de la aprobación de los demás especialmente de mi novia y que si no lo logro no soy capaz, básicamente sería un inútil.

T: Bien, ¿recuerda que en las anteriores sesiones le preguntaba si tenía alguna prueba para que me compruebes que eso era cierto?

P: Sí, si recuerdo.

T: Ok, entonces ahora lo que tiene que hacer es poner a prueba eso. Por ejemplo; de que no es un inútil si te equivocas. Vas a realizar alguna actividad, puede ser el hecho de que vayas a trabajar y estés ahí ejerciendo tus labores y que te equivoques, y darte cuenta si es que por eso te considerarías inútil. Solo por equivocarte, o si alguien te lo dice. Luego para la otra creencia irracional lo que puedes hacer, es ser hacendoso o más proactivo en tu trabajo y no recibir halagos e irte para comprobar que si alguien no te dice algo bonito o algún reconocimiento por tus actos no vales nada.

P: Ah! ya entendí, ahí también puedo incluir el miedo que tengo de que si me da un ataque de pánico en mi centro de trabajo, los demás se reirán de mi persona y perderé el respeto de todos.

T: Claro, puedes hacerlo con cualquier situación yo solo le estoy dando algunos ejemplos.

T: Ahora, vamos hacer otro ejemplo, pero esta vez quiero que pongas en práctica lo aprendido en las sesiones anteriores, ¿de acuerdo?

P: De acuerdo.

T: Estás en una reunión de trabajo, tu jefe aún ha llegado pero en eso te percatas que tienes 2 llamadas perdidas de tu jefe. ¿qué harías?

P: Bueno, primero mantengo la calma, y evalúo mis pensamientos, debo de admitir que al inicio es muy probable que me sienta un poco incómodo por no haber

contestado la llamada y hasta suponer que mi jefe debe de estar molesto por eso; así que realizo rápidamente mi esquema ABC y trato de modificar mis pensamientos negativos, por ejemplo, “Se ha molestado por no haberle contestado la llamada; pensará que soy un inútil” (pensamiento negativo); “Entenderá que estaba ocupado y por eso no sentí el teléfono” (pensamiento positivo); pero todo esto sólo son suposiciones, así que en este caso yo le devolvería la llamada para saber realmente qué sucederá y poder aclarar la situación.

T: Muy bien, ahora que ya tienes en claro lo mencionado, vas a realizar para la siguiente sesión la actividad que acabo de dejarte, para que de esa manera puedas identificar si lo que realmente piensas es correcto ¿está bien?

P: Está bien doctora.

T: Dígame, ¿tiene alguna duda?

P: No ninguna, este último ejemplo, no ha sido tan fácil pero he podido comprobar y modificar mis creencias irracionales y también darme cuenta de la importancia de demostrar las cosas en una situación determinada, no podemos basarnos en suposiciones y mas aún si son negativas.

T: Genial, me alegra saber que ha podido entender mucho más en esta sesión, no olvide de realizar la actividad, recuerde que en esos momentos me gustaría que utilice las técnicas que hemos venido trabajando a lo largo de todo este tiempo como la respiración y la incorporación del ABC, modificando tus pensamientos, así como hiciste con la técnica pasada de relajación modificando C sin cambiar A.

Ahora acompáñeme para sacar la próxima cita.

P: Sí doctora gracias.

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°12

Objetivos de la sesión:

- Verificar el estado de ánimo, el nivel de debate y su funcionalidad a través de la técnica emotiva del Rol Racional.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Role play
- Modelado
- Ensayo Conductual
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°12; en donde se verificará el estado de ánimo del paciente, el nivel de debate y su funcionabilidad a través de la técnica emotiva del rol racional. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes Brayan ¿cómo ha estado esta semana?

P: *Buenas tardes Doctora, muy bien estuve practicando los ejercicios del ABC para modificar mis pensamientos y de esa forma sentirme mucho mejor; también realicé la actividad que me dejó la semana pasada y pude darme cuenta, mejor dicho pude comprobar que lo que estaba pensando no era lo correcto, le cuento, una de las situaciones fue que yo creía que si los de mi trabajo se enteraban que yo sufría de ataques de pánico se iban a burlar de mi y hasta ya no me respetarían, ese era uno de mis mayores miedos, por así decirlo, y como en la terapia usted me enseñó que no está bien basarse en suposiciones, porque nos generan malestar e*

incomodidad, decidí comentarle a un colega sobre mi problema y reaccionó todo lo contrario a lo que había imaginado, me dijo que no me sobrecargue de trabajo, que podía contar con él, que tenía el apoyo del equipo con el que trabajo y hasta me dió algunos tips de relajación; además me dijo que eso no hacía menos a nadie y que yo sigo siendo el de siempre. Saber eso, me hizo sentir mucho mejor, a tener más confianza en mí mismo. Y así puse en práctica algunas situaciones sobre las suposiciones que tenía y las cuales me generaban malestar.

T: ¡Qué bueno te felicito! Dígame ¿tiene alguna duda sobre lo que trabajamos la vez pasada?

P: No ninguna, me ha estado yendo muy bien.

T: Bien, mire el día vamos a trabajar la técnica de rol racional, la cual consta de que usted va a simular una situación donde se haya sentido muy ansioso y va a poner a prueba todo lo que hemos podido trabajar en el transcurso de todo este tiempo.

P: De acuerdo.

T: Bien, y yo voy a cumplir el rol de otra persona con la cual pudiste pasar toda esa situación ¿tiene alguna duda?

P: No ninguna todo me quedo claro, yo tengo que utilizar las estrategias que he aprendido aquí y usted va a simular ser la persona con la que tuve esa dificultad

T: Exacto, entonces vamos a comenzar. Dígame ¿qué situación fue la que sentiste más ansiedad?

P: No se si recuerda esa vez que discutí con mi novia en el supermercado, que me dijo que yo no soy un buen novio porque la dejé sola, que no la quiero, y yo me sentí demasiado mal y culpable.

T: Ok, entonces vamos a simular esa escena. Como sabes yo no he podido estar en esa situación por ende voy a tener que decir cosas que tal vez su novia no las dijo pero que se encuentra dentro del contexto.

P: Está bien doctora no se preocupe.

T: Entonces comencemos. Brayan no te importa nuestra relación, porque me dejaste sola en el pasillo.

P: Ana, no tienes por qué decir esas cosas, estás exagerando la situación.

T: ¿me estás diciendo exagerada? Seguro te fuiste a hablar con otra mujer.

P: Sabes muy bien que eso no es cierto, me gustaría que puedas entenderme y dejes de tratarme como si le faltara el respeto a nuestra relación.

T: Yo solo estoy reclamando tus acciones, no te importa nuestra relación, eres un idiota y un mal novio.

P: Bueno el hecho que lo digas no significa que sea cierto. Ya te expliqué la razón por la cual me fui al otro pasillo, yo estoy tranquilo porque no he faltado a nada, yo sé lo que soy y lo que hago.

T: Yo solo digo la manera en la que actúas, deberías de comportarte mejor.

P: ¿Debería? ¿qué es una regla, quién lo ha escrito?

T: Yo pues.

P: Está bien, no sé por qué reaccionas de esa manera, ya te expliqué las cosas tal cual pasaron, yo me comporto adecuadamente, y respeto nuestra relación. Si estas molesta lo entiendo y respeto, pero mejor nos vemos otro día cuando estés más calmada.

T: Muy bien Brayan dígame ¿cómo te sentiste?

P: Bien Doctora ya no me sentí con ira, o ansiedad. Si no con un poco de cólera y preocupación, emociones más racionales al parecer.

T: Y, ¿por qué crees que sucedió eso?

P: Ah porque utilicé el debate cambiando mis pensamientos irracionales por pensamientos racionales, diciendo las palabras mágicas que usted me enseñó, hasta en un punto quise debatirla a usted.

T: Sí me di cuenta. Entonces dígame, tiene alguna duda sobre todo lo que hemos trabajado.

P: No doctora, he podido entender todo lo que trabajamos. Me siento mucho mejor, cada sesión aprendo algo nuevo y me ayuda mucho en mi vida cotidiana.

T: Excelente. Entonces nos vemos la próxima semana, haz ido avanzando muy bien te felicito por eso.

P: Está bien, le quería agradecer por haberme enseñado todo esto. Porque gracias a eso me siento mucho mejor.

T: No tienes nada que agradecer, aquí estamos para ayudarte. Acompáñeme por aquí para poder sacar la próxima cita.

P: Está bien doctora.

Conclusiones:

- Se logró el objetivo planteado.

Sesión N°13:

Objetivo de la sesión

- Retroalimentar la sesión anterior
- Explicar la técnica de solución de problemas.

Técnicas

- Diálogo explicativo.
- Retroalimentar la sesión anterior.
- Escucha activa.

- Solución de problema.

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°13; en donde se retroalimentó la sesiones anteriores sobre la técnica experimento conductual para ver si paciente pudo corroborar e identificar sus creencias irracionales; asimismo se le explicó al paciente la Técnica de solución de problemas. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes Brayan ¿cómo ha estado esta semana?

P: *Muy bien doctora*

T: Ha estado poniendo en práctica lo aprendido, como por ejemplo ¿la técnica del experimento conductual que trabajamos en sesiones anteriores?

P: *Claro, y no sólo eso, he estado tratando de evitar de hacer suposiciones sobre las situaciones, y me he atrevido a preguntar sobre lo ocurrido; para saber realmente qué es lo que piensan o para tener claro lo que sucede, y aunque no lo crea eso me ha ayudado bastante. Hasta puedo decir que tenía una percepción errónea de mi jefe, creía que era serio, creído, que si lo invitaba a salir iba a rechazarme porque posiblemente no le caía bien, etc; y ahora hasta hemos salido a almorzar e ido al club juntos, todo por el hecho de dejar de hacer suposiciones, atreverme a preguntar y corroborar los hechos. Me di cuenta de que tenía muchas creencias irracionales y cómo éstas afectaban en mi vida diaria.*

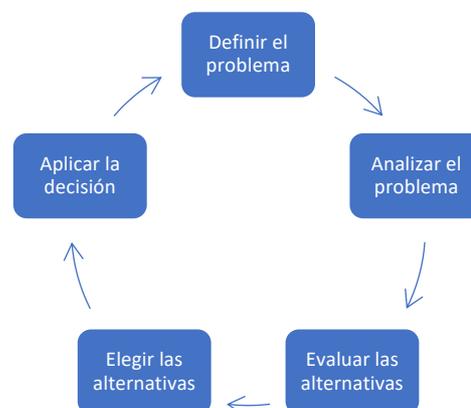
T: Muy bien, que bueno saber que ha podido darse cuenta que muchas veces somos quienes creamos suposiciones, hechos que no son reales y los vemos como si lo fuera y eso nos genera malestar físico y emocional, afectando nuestra funcionalidad. Ahora le comento que ya estamos por finalizar el proceso psicoterapéutico, nos quedan pocas sesiones y luego viene la etapa de seguimiento

y para eso ya no nos veremos 1 vez por semana sino cada 15 días y si todo sigue muy bien, habremos culminado con el programa; además quiero felicitarlo por el compromiso, dedicación y esfuerzo que usted ha demostrado durante todo este proceso.

P: Sí doctora, estoy muy contento, debo de admitir que he mejorado mucho, ya mis problemas de ansiedad no son un problema, he cambiado mi estilo de vida para mejor, quiero agradecerle la paciencia y el apoyo que usted me ha brindado en terapia.

T: No tiene de que agradecer, ahora, continuando con el proceso psicoterapéutico la sesión de hoy le explicaré sobre la técnica de solución de problemas. Esta técnica le permitirá encontrar soluciones creativas para reducir y manejar el estrés; ante dificultades cotidianos que le puedan generar estrés. Cabe señalar que enfrentar los problemas o dificultades que se nos puedan presentar es una forma saludable de generar tranquilidad, bienestar, evitando situaciones que refuercen las conductas inadecuadas. Para ello le voy a presentar el siguiente gráfico, el cual permitirá identificar cómo podemos enfrentar un problema adecuadamente.

A continuación, se muestra el gráfico del proceso para la solución de problemas:



*Se logró explicar al paciente sobre las partes del proceso de la técnica de solución de problemas; así como también, dar a conocer la importancia de evaluar la situación para tomar una decisión y solucionar la dificultad que se presenta la cual nos genera malestar.

T: Ahora, vamos le voy a poner un ejemplo ejemplo de una situación de conflicto o problemática ¿le parece?

P: Está bien doctora, puede ser la vez que discutí con mi novia porque yo llegué tarde a recogerla para ir a una reunión, entonces empezamos a discutir, ambos gritamos y me fui de su casa muy molesto.

T: Perfecto, haremos un cuadro para identificar las partes de dicha técnica. Tenga en cuenta que es importante que realicemos este ejercicio juntos para que pueda aplicarlo en su vida diaria, debe de tener en cuenta que esta técnica la puede realizar ante cualquier situación de conflicto. Si tiene alguna duda, tiene toda la libertad de preguntar.

A continuación, se realiza en una tabla la aplicación de la técnica en un ejemplo de un conflicto de la vida cotidiana del paciente:

| DEFINICIÓN DEL PROBLEMA | ANALIZAR EL PROBLEMA | EVALUAR LAS ALTERNATIVAS | ELEGIR LAS ALTERNATIVAS | APLICAR LA DECISIÓN |
|---|--|---|---|--|
| <p>Llegar tarde a la casa de mi novia para ir a una reunión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Acaso es realmente un problema? | <p>Salí tarde del trabajo pero aún es temprano para ir a la reunión.</p> | <p>Explicarle a mi novia que salí tarde del trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comentarle que aún es temprano y podemos ir a la reunión. Decirle que vaya sola a la reunión. Nos encontramos en la reunión. | <p>Explicarle a mi novia que salí tarde del trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> Comentarle que aún es temprano y podemos ir a la reunión. | <p>Le dije a mi novia que aún es temprano para ir a la reunión y que no fue mi intención llegar tarde a recogerla, debido a que mi jefe me mandó trabajo en el último turno.</p> |

T: Muy bien, lo hiciste excelente, ahora eso es lo que aparentemente habría sucedido si hubiera evaluado la situación y aplicado la técnica de solución de problemas.

P: Tiene razón doctora, si hubiese sabido de esta técnica antes, me habría evitado muchos disgustos.

T: Bueno, la idea es analizar la situación problemática y buscar las alternativas más adecuadas para solucionar un problema, ahora voy a necesitar que pongas en práctica esta técnica ante situaciones conflictivas y puedas buscar una solución óptima, ¿tiene alguna duda?

P: De todas maneras la pondré en práctica, todo está muy claro.

T: Listo, entonces nos vemos la próxima semana, acompáñeme para sacar la siguiente cita.

Conclusión

- Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N°14:

Objetivo de la sesión

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Revisar la sesión anterior.

Técnicas

- Diálogo explicativo
- Solución de problemas
- Psicoeducación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°14; en donde se retroalimentó la sesión anterior sobre la técnica de solución de problemas y se revisó la actividad asignada; asimismo, se recomendó que tiene que seguir poniendo en práctica las técnicas aprendidas durante todo el proceso psicoterapéutico. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes, ¿cómo ha estado?

P: Buenas tarde doctora, he estado muy bien

T: El día de hoy reforzaremos la sesión anterior y revisaremos la actividad asignada; dígame ¿pudo aplicar la técnica aprendida la sesión anterior?

P: Sí, felizmente usted me explicó la técnica y justo esa semana tuve 2 situaciones problemáticas por así decirlo, así que traté primero de mantener la calma y luego concentrarme en aplicar la técnica, aunque al principio no fue muy fácil porque no siempre me doy cuenta a la primera “¿si tal situación es realmente

un problema?” y a veces identificarlo no es tan fácil como parece, pero al final pude hacerlo y me fue bien.

T: Muy bien, ahora ¿le parece si me comentas una situación de lo sucedido y me dice como actuó? Haré el cuadro en la pizarra y usted me dirá que fue lo que ocurrió.

P: De acuerdo, mire le cuento que estaba en el trabajo y uno de mis compañeros aún no me entregaba una documentación que tenía que firmar y ya tenía que retirarme; al principio me estaba molestando, se me iba hacer tarde y él aún no terminaba, hasta pensé en hacerlo yo mismo; y en eso dije voy a poner a prueba la técnica de SP porque creo que esta situación lo amerita. Empecé a analizar el problema y propuse alternativas para poder llegar a una solución adecuada.

A continuación, se muestra la tabla de SP de una situación de conflicto de la vida cotidiana del paciente:

| DEFINICIÓN DEL PROBLEMA | ANALIZAR EL PROBLEMA | EVALUAR LAS ALTERNATIVAS | ELEGIR LAS ALTERNATIVAS | APLICAR LA DECISIÓN |
|------------------------------|---|---|-------------------------|---|
| No entrega la documentación. | El documento es extenso y se está esforzando. | Elegir firmarlo mañana. Decirle que lo deje en mi escritorio al terminar. Esperarlo hasta que termine. Reclamarle por la demora. | Elegir firmarlo mañana. | Decidí decirle que podía entregarmelo al día siguiente y que lo firmaría en la tarde. Me agradeció y también me explicó que ampliaron unas cláusulas y por eso aún no culminaba. |

T: Excelente, pudo analizar el problema, proponer y elegir alternativas para llegar a una solución.

P: Sí doctora, me di cuenta que a veces tomarse un tiempo para analizar una situación es muy importante y más aún si es una situación conflictiva ya que tomar decisiones o acciones impulsivamente puede llegar uno a tomar malas decisiones y hasta generar una inestabilidad emocional.

T: Bien, además ten en cuenta la mayoría de las dificultades en nuestra vida suelen ocurrir a causa de nuestra forma de pensar y esta determinará nuestro actuar; recuerda los pensamientos irracionales influyen mucho en nuestras acciones, y no las acciones en sí; además la solución adecuada, ante una situación de conflicto es una forma de poder reducir el estrés.

P: Sí doctora, me he dado cuenta de cómo los pensamientos influyen en nuestro actuar y sentir.

T: Bueno, si no tiene ninguna duda, al parecer hemos terminado la sesión de hoy, nos vemos la próxima semana.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados.

Sesión N°15:

Objetivo de la sesión

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Dar a conocer los estilos de comunicación asertiva, pasiva o agresiva e identificar el estilo de comunicación que utiliza el paciente.

Técnicas

- Diálogo explicativo
- Habilidades sociales
- Tipos de comunicación
- Psicoeducación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso psicoterapéutico realizado en la sesión N°15; en donde se retroalimentó la sesión anterior. Se explicó al paciente los diferentes estilos de comunicación (asertivo, pasivo y agresivo) y se dio a conocer el estilo de comunicación que utiliza el paciente. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes ¿cómo le ha ido esta semana?

P: Buenas tardes, me ha ido muy bien, he estado más tranquilo últimamente, me encuentro más animado porque todo lo que he ido aprendiendo me ha está siendo muy útil en mi vida diaria.

T: Que bien que haya estado poniendo en práctica lo aprendido y que le haya estado funcionando muy bien, una vez más quiero felicitar su dedicación en este proceso. Bueno, la sesión del día de hoy se tratará sobre los estilos de comunicación; ¿alguna vez ha escuchado sobre eso?

P: Bueno, sé lo que es la comunicación y sé a groso modo sobre los estilos o tipos de la comunicación.

T: Muy bien, entonces le será mas fácil entender este tema, ya que así como es importante analizar los problemas para llegar a una solución adecuada, también es importante tener en cuenta la forma de cómo nos comunicamos, debido a que los estilos de comunicación van a influir en cómo se transmite lo que queremos decir. Para ello le voy a mostrar el siguiente gráfico en donde le explicare los diferentes tipos de comunicación que existen.

A continuación, se describe un gráfico con los Estilos de Comunicación:



T: Dígame, ¿tiene alguna pregunta?

P: No, todo está OK.

A continuación, se describe un cuadro con las características principales de los Estilos de Comunicación:

| Estilo | Pasivo | Agresivo | Asertivo |
|------------------|--|--|---|
| Tono de Voz | Débil, bajo, vacilante, ansioso e inseguro. | Arrogante, sacástico, condescendiente. | Seguro, firme, directo, modulado, tranquilo. |
| Postura Corporal | Hombros caídos, encogido. | Tensa, rígida, crispada. | Abierta, relajada. |
| Expresión facial | Avergonzada, tímida, cabeza inclinada, mirada hacia abajo. | Ceño fruncido, mirada fija, fría, amenazante. | Directa, seria, interesada, genuina, cabeza alta y contacto visual. |
| Manos y brazos | Manos nerviosas, hombros caídos, movimientos crispados. | Puños cerrados, amenazadores, movimientos rápidos, dedos acusadores. | Manos relajadas, movimientos sencillos, espontáneos. |

T: Bien, ahora con lo explicado ¿qué tipo de comunicación usted cree que posee? Y ¿cuál es el tipo de comunicación más adecuada?

P: Bueno doctora, el tipo de comunicación más adecuada es la asertiva, y puedo decir que antes yo solía responder al estilo entre pasivo y agresivo, por ejemplo, cuando no me entregaban un documento a tiempo o cuando no estaba de acuerdo con mi novia, solía responder de manera inadecuada; pero ahora especialmente con las últimas sesiones como la de SP he estado respondiendo a la comunicación asertiva.

T: Muy bien, ¿le parece si hacemos un ejercicio con algunos ejemplos con la finalidad de responder adecuadamente, haciendo uso del estilo de comunicación adecuado?

P: Está bien, podemos usar el ejemplo de mi novia, en donde discutimos porque me fui a otro pasillo en el super mercado; cuando llegué tarde a su casa y cuando discutimos porque no quería quedarse conmigo a ver una película.

T: Muy bien, me parecen buenos ejemplos.

A continuación, se muestran unos ejemplos de situaciones reales de la vida cotidiana del paciente, en donde se pone a prueba el estilo de comunicación adecuada:

| Situación | Comunicación Agresiva | Comunicación Asertiva |
|---|---|--|
| Cuando discutí con mi novia en el supermercado porque me fui a otro pasillo y la dejé sola. | “Eres una tonta y exagerada, como te puedes molestar por algo así, no vale la pena discutir contigo”. | “No fue mi intención dejarte sola, discutir por esto no es lo adecuado, la próxima estaré mas atento”. |
| Cuando llegué tarde a su casa, por trabajo. | “Eres una exagerada, loca y renegona, mi trabajo es importante, tú nunca entenderás nada”. | “Se me hizo tarde en el trabajo, disculpa por la tardanza;si vuelve a suceder te llamo para avisar”. |
| Cuando no quería ver una película conmigo, prefiriendo | “No te importo; ya anda lárgate con tus amigas; si | “Me gustaría que te quedarás conmigo viendo |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|
| ir a una fiesta con sus amigas. | sigues así te vas a quedar sola”. | una película, pero si deseas ir a la fiesta, no hay problema, la podemos ver otro día”. |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|

T: Listo, ¿se dió cuenta de la diferencia entre la comunicación asertiva y agresiva, ante una misma situación? La comunicación asertiva en muchas ocasiones evita generar conflictos.

P: Sí doctora, en ocasiones cuando me molestaba algo solía reaccionar así, aunque después me arrepentía pero ya había actuado inadecuadamente, quizás por eso solía discutir mucho con mi novia.

T: Claro, la forma en cómo nos comunicamos influye mucho ya sea para solucionar un problema o para generar uno; ahora, uno siempre puede seguir aprendiendo cosas nuevas y mejorar ciertos aspectos que le generen malestar a uno mismo o genere malestar hacia los demás. Bueno ya se acabó la sesión; la próxima sería nuestra última sesión antes de comenzar las sesiones de seguimiento, sería bueno que para la siguiente sesión traiga un cuadro similar al que realizamos el día de hoy, puede ser a mano o en word, y anote situaciones de estilos agresivos para trabajarlos en sesión, si no tiene alguna duda, nos vemos la próxima semana.

P: Está bien doctora, todo está claro, hasta la siguiente semana.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados.

Sesión N°16:

Objetivo de la sesión

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Reforzar los estilos de comunicación asertivos para con el paciente.

- Revisas actividad asignada (ejemplos de estilos de comunicación agresiva).

Técnicas

- Diálogo explicativo
- Habilidades sociales
- Tipos de comunicación
- Psicoeducación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el proceso*

psicoterapéutico realizado en la sesión N°16; en donde se retroalimentó la sesión anterior; asimismo, se realizó la revisión de los ejemplos del estilo de comunicación agresiva para reemplazarlos por asertivos; además, se reforzó al paciente con el estilo de comunicación asertivo. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.

T: Buenas tardes, ¿cómo ha estado?

P: Muy bien doctora, cada vez mucho mejor.

T: Me alegra mucho, ahora para continuar con la sesión del día de hoy quiero saber si trajo la actividad asignada la semana pasada sobre los ejemplos de comunicación agresiva, para poder reemplazarlos por el estilo asertivo.

P: Si doctora, sí lo hice, además de éstos ejemplos quiero comentarle que he podido realizar la técnica de SP y utilicé la comunicación asertiva.

T: Muy bien, veremos las situaciones que acontecieron y usted me dirá cómo reaccionó y como hubiese reaccionado antes, ¿le parece?

P: Está bien.

A continuación, se muestra un cuadro con los ejemplos realizados por el paciente:

| Situación | Antes “comunicación agresiva” | Después “comunicación asertiva” |
|---|--|---|
| “Almuerzo laboral y yo no quería almorzar pollo a la brasa” | “Si no almorzamos pollo a la brasa no voy con ustedes y todos regresan en 30 minutos a trabajar, a mi no me importa que sea cumpleaños de nadie” | “No me agrada el pollo a la brasa, pero podría pedirme otro plato” |
| “Mi colega me entregó un documento sin firmar y me di cuenta al llegar a mi casa” | “Eres un despistado, no eres un buen profesional, me haces perder el tiempo...” | “ La próxima vez sé más cuidadoso, mañana en el trabajo firmas el documento, no te preocupes” |

T: De acuerdo con las situaciones que puso como ejemplo, pudo darse cuenta que la comunicación asertiva ¿es una de las maneras más adecuadas para comunicarse?; es bueno saber que está analizando las situaciones antes de tomar una decisión así como también el uso de una manera adecuada para poder comunicarse. Cabe señalar que la idea es no evitar situaciones problemáticas sino enfrentarlas de una manera adecuada. Ahora es importante saber que usted ha aprendido muchas cosas y que no todas las personas van a reaccionar de la misma manera que usted, por ejemplo, usted puede ser muy amable, empático, puede utilizar un estilo de comunicación asertivo, sin embargo, pueden responderle inadecuadamente, ok? Es una creencia irracional creer que las demás personas responderán como nosotros lo hacemos o esperamos, pensar de esa manera es erróneo; es por ello que usted ha aprendido técnicas para poder manejar adecuadamente esas situaciones.

P: Sí doctora, estoy de acuerdo con usted, no todos van a responder como deseo y sé también que no todo va a ser recíproco, pero mientras respete a los

demás y me sienta bien conmigo mismo sabiendo que estoy haciendo las cosas de la mejor manera, no tengo ningún problema. Además quiero decirle que en los ejemplos que detallé siempre utilicé un tono de voz moderado y una semi sonrisa y eso generó confianza en los demás.

T: Muy bien, recuerda que es muy importante que tengas conocimiento de que la comunicación asertiva también se expresa a través de comunicación no verbal y verbal; por ejemplo; la comunicación no verbal se expresa mediante signos, imágenes, sonidos, expresiones gestuales, movimientos corporales, medios visuales, entre otros; cabe señalar que los seres humanos al comunicarnos realizamos gestos; si usted recuerda algo feliz su rostro expresará alegría, felicidad. Caso contrario si recuerda algo triste, su rostro expresará tristeza; lo que quiero decir es que no es necesario que usted diga que está triste, tan solo con la expresión de su rostro usted está transmitirá mensajes. Ahora, le pregunto, si usted ve a una persona sentada, con la cabizbaja, con los hombros caídos ¿qué cree que está comunicando?

P: Bueno, está comunicando que está triste o tal vez preocupada.

T: Exacto, y si observa a una persona con las cejas fruncidas; brazos cruzados, espalda rígida ¿qué está transmitiendo?

P: Una persona enfadada.

T: Muy bien, entonces las expresiones faciales o gestos son un papel muy importante en la comunicación; asimismo, cómo la comunicación verbal implica el uso de palabras para construir oraciones con el objetivo de transmitir lo que pensamos o queremos comunicar; por lo tanto es muy importante ser congruentes a la hora de comunicar algo ¿tiene alguna duda?

P: No doctora, ya sabía el tema de la comunicación pero ahora sé mucho más y noté que a veces uno no se da cuenta y sin querer está transmitiendo mensajes; por ejemplo, cuando uno está preocupado se nota en su rostro o acciones, así comunique verbalmente que no.

T: Claro, muy bien. Bueno hoy es nuestra última sesión del proceso psicoterapéutico, como ya le había mencionado nos estaremos viendo en un par de semanas para realizar el primer seguimiento, no olvide de poner en práctica lo aprendido.

P: Sí doctora, gracias por todo, hasta la próxima sesión.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados.

Sesión N° 17 - Seguimiento #1

Objetivos de la sesión

- Comentar el estado actual del paciente.
- Verificar el uso de técnicas y habilidades aprendidas.
- Dar a conocer al paciente el manejo de las posibles recaídas.

Técnicas

- Psicoeducación
- Diálogo Expositivo
- Escucha Activa
- Retroalimentación

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el primer seguimiento del proceso psicoterapéutico; el cual se realizó el post-test de las áreas de emotividad y afectividad del paciente. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes ¿cómo ha estado durante todo este tiempo que no nos hemos visto?

P: Muy bien doctora, cada día a sido mejor, me siento mucho más tranquilo, además estoy contento porque la psiquiatra ha disminuido mi dosis de las pastillas y me dijo que en unos meses estaría culminando con el tratamiento farmacológico; además, las técnicas de relajación me están ayudando mucho a controlar mi ansiedad, no es que tenga crisis de pánico sino que al practicarla me hace sentir mejor y más aliviado.

T: Muy bien, y como ya le había mencionado sesiones anteriores felicito su compromiso y dedicación. Ahora dígame ¿durante estos días ha sentido ansiedad constante o ha presentado alguna dificultad?

P: No doctora, tanto la técnica de relajación me ha ayudado bastante la practico todos los días como usted me recomendó; además he puesto en práctica la técnica SP, ahora cada vez que tengo un problema o dificultad me tomo un tiempo para poder pensar y analizar la situación antes de actuar; y eso a mejorado mi estado de ánimo porque siento que me está yendo muy bien, en casa tengo mas ganas de realizar mis actividades, me siento más activo y mi novia y yo estamos planeando viajar juntos en nuestras vacaciones.

T: Que bueno Brayan, me podrías comentar ¿cómo se siente, al saber que ha pasado por todo este proceso psicoterapéutico?

P: Bueno doctora, yo estoy muy agradecido con usted por el apoyo y por haberme enseñado técnicas para ayudarme a desenvolverme mejor, he aprendido a manejar adecuadamente situaciones que me generen estrés, no le voy a mentir, no es fácil pero cada día pongo de mi parte y sé que he mejorado mucho, si usted no me habría acompañado durante todo este proceso me habría sido muy difícil salir

adelante; además debo de admitir que aveces tengo miedo de presentar nuevamente esas crisis de pánico pero trato de pensar positivamente, y sé que si me llegara a dar lo podría manejar mucho mejor.

T: Claro, las recaídas son en las que una persona al encontrarse estable vuelva a sentir toda la sintomatología que le genera malestar, pero el objetivo de la terapia es que cuando eso suceda, usted ya sepa la manera adecuada de controlarlo y pueda seguir adelante satisfactoriamente; es importante también que en ocasiones cuando se presenta una recaída puede ocurrir diversos pensamientos negativos los cuales nos van a generar malestar durante el tiempo que conlleve la recuperación, es por eso que es importante pensar en cosas positivas para que usted se pueda sentir mucho mejor; un ejemplo de esos pensamientos negativos son los siguientes:

- Nunca me voy a sanar
- Por las puras he ido a terapia.
- La terapia no ha funcionado

T: Entonces, según esos ejemplos de pensamientos negativos, quiero que intente cambiarlos por pensamientos más racionales.

P: Ok doctora.

- *El TP es una enfermedad pero no me voy a morir, además soy una persona fuerte y podré superarla.*
- *La terapia no ha sido por las puras, he aprendido mucho y me siento más tranquilo.*
- *La terapia sí ha funcionado, ahora conozco y puedo controlar mis estados de ansiedad, puedo reconocer mis creencias irracionales y puedo desenvolverme mucho mejor en mi entorno.*

T: Me alegro mucho que haya aprendido a modificar ese tipo de pensamientos por otros más flexibles, y eso es muy bueno, ya que si tiene una recaída sabrá cómo manejarlo.

P: Sí doctora muchas gracias por todo, siento que estoy yendo por buen camino.

T: Claro que sí, bueno te parece si el próximo seguimiento ¿puede venir tu mamá y/o tu novia para realizarles algunas preguntas sobre tu progreso en terapia?

P: Claro doctora, ellas están muy felices por mi recuperación.

T: Muy bien, entonces nos vemos en un mes, cualquier cosa no dudes en avisarme.

P: Gracias.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados.

Sesión N°18 - Seguimiento #2

Objetivos de la sesión

- Comprobar el progreso del paciente.
- Evaluar y comentar el estado actual del paciente.
- Verificar el uso de técnicas y habilidades aprendidas.

Técnicas

- Diálogo expositivo
- Escucha Activa

Descripción de la sesión: *A continuación, se describirá el último seguimiento del proceso psicoterapéutico; en donde se comprobará la estabilidad emocional y conductual del paciente. Cabe señalar que las acciones realizadas por el terapeuta estará representado por la letra T y las del paciente por la letra P.*

T: Buenas tardes, ¿cómo ha estado durante todo este mes?

P: Bien doctora, me he sentido mucho más tranquilo, en mi trabajo me esta yendo muy bien, ya no me estreso tanto, además la relación con mi novia esta mucho mejor; hasta me comentó que quería venir a terapia para sentirse y verse tan bien como yo.

T: Qué bien saber que ha estado mejor, y cuénteme ¿ha sentido algún malestar?

P: No doctora.

T: ¿Ha estado en alguna situación conflictiva? ¿cómo lo ha solucionado o como le hizo sentir al respecto?

P: Bueno, la terapia me ha ayudado a ver las cosas muy distintas a como las veía antes, ahora me siento más reflexivo, más tranquilo, más activo y motivado para realizar mis cosas; la verdad, no diría que he estado en una situación conflictiva; sin embargo, puedo decir que la semana pasada en mi trabajo cambiaron de jefe de área, y la persona que está a cargo es muy intensa, su manera de ser es impulsiva, prepotente y casi todo el día está gritando; yo sé que antes, me hubiese molestado mucho, estaría de mal humor casi todo el día, y estaría muy preocupado de que me vaya a dar una crisis de pánico en su turno; sin embargo, ahora, esa situación con una persona así en el trabajo, la he podido manejar mejor, trato de hacer mi trabajo tranquilo, si tengo alguna duda voy y le pregunto, sin hacer suposiciones previas, me enfoco en mi presente porque si vuelvo al futuro con suposiciones y pensamientos irracionales el que se va a sentir peor será yo; pero sí debo de admitir que me preparo antes de enfrentarme a una situación que sé muy bien que puede resultar conflictiva, por ejemplo, si el jefe nuevo me responde inadecuadamente, trato de mantener la calma y pongo en

práctica el lenguaje asertivo ya que como usted mencionó alguna vez, no todos van a responder de la misma manera que nosotros esperamos, en esos casos, trato de ser comprensivo y llevar las cosas mejor, y el respeto por delante siempre. Ahora mas allá de la técnica del ABC que me ha ayudado mucho para darme cuenta de mis creencias irracionales; la técnica de SP para mí es una de las mejores porque podría decir que antes actuaba impulsivamente, por las suposiciones que tenía, muchas veces también me limitaba en hacer algunas cosas, hasta sentía que nada de lo que hacía valía la pena o nada tenía solución, ahora me tomo un tiempo para analizar las situaciones que me pueden generar malestar y trato de buscar alternativas correctas o más idóneas ante esas situaciones.

T: Debo decir que escuchar todo eso de usted es reconfortante para mi, porque noto que evidentemente ha mejorado, es una persona más reflexiva y analítica; ante eso quisiera comentarle algo muy importante, recuerde que no está mal tener cierto nivel de ansiedad, recuerde que es como un sistema de alerta innato del ser humano y que en ocasiones usted puede volver a sentir ansiedad ante cosas nuevas, o cosas que quizás no pueda tener el control; sin embargo, no trate de evitar, negar o escapar del estado ansioso que pueda presentar, porque cuando uno no acepta algo, se puede sentir a lo largo del tiempo mucho peor, lo recomendable y más saludable es aceptar la ansiedad pero poner en práctica lo aprendido en terapia. ¿de acuerdo?

P: Sí doctora.

T: Dígame ¿qué harías si mañana empieza a sentir la sintomatología ansiosa, como si le fuera a dar una crisis de pánico?

P: Bueno, primero trataría como siempre de mantener la calma, realizar el ejercicio de respiración, pensaría en cosas positivas, ya conozco los síntomas de la

ansiedad y del TP así que sé muy bien que no me voy a morir y me mantendría tranquilo hasta que los síntomas disminuyan, luego de eso, trataría de identificar si hubo algún acontecimiento que haya podido causarme esos síntomas.

T: Excelente, puedo decir que ha terminado el proceso psicoterapéutico, lo ha logrado y siéntase orgulloso por eso. Felicitaciones por su fortaleza, dedicación y compromiso para su recuperación.

Conclusión

- Se lograron los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El presente capítulo muestra los resultados obtenidos luego de llevar a cabo el programa psicoterapéutico para el TP. Se tomará los criterios del paciente, familiar, pareja y clínico.

4.1. Criterio del Paciente:

El paciente tras culminar el proceso psicoterapéutico refiere: *“Al principio, me sentía muy inseguro, preocupado y con mucho miedo por lo que me estaba pasando, y eso generaba que tenga síntomas ansiosos frecuentes, como taquicardia, sudoración palmar, dolor en el pecho y dificultad para respirar, por lo que dejaba de hacer mis cosas, salir con mi novia, amigos y sentía malestar la mayor parte del tiempo. Conforme fuimos avanzando en la terapia, todos mis síntomas fisiológicos fueron disminuyendo considerablemente, la técnica de relajación me ha ayudado mucho a controlar los síntomas ansiosos y a mantenerme relajado, además tener conocimiento de lo que tenía me ayudó bastante a reconocer mis síntomas ansiosos y que no necesariamente cuando las tenga tendré un ataque de pánico; también aprendí a identificar mis pensamientos irracionales, los cuales son los principales causantes de mi malestar y cómo éstos pueden influir en mi estado emocional, aprender a reconocer, identificar y lograr modificar mis creencias irracionales me ha servido mucho para poder superar poco a poco este trastorno; asimismo, he mejorado no sólo en el ámbito personal, sino también en el familiar, laboral y social, pues aprendí cómo afrontar y solucionar los problemas cotidianos que puedo presentar en mi vida, pues huir de ellos aumenta el estado ansioso, además estoy saliendo más seguido con mis compañeros del trabajo, con mi novia, sin estar preocupándome por padecer una crisis de pánico, ahora me*

divierto mucho más y hace mucho tiempo que no padezco de un ataque de pánico. Mi estado de ánimo ha mejorado mucho y ya no me preocupo mucho por presentar ataques de pánico; además los resultados obtenidos en esta terapia me han generado una satisfacción personal muy grande”.

Se aprecia un cambio significativo en el área emotiva debido a que el paciente no ha presentado ataques de pánico, además, puede reconocer sus creencias irracionales, controlar su sintomatología ansiosa y manejar adecuadamente situaciones que le generen estrés, así como también su estado afectivo ha mejorado encontrándose más animado y retomando las actividades que había dejado de lado, como, por ejemplo, realizar actividades recreacionales con sus amistades.

4.2. Criterio Familiar:

Al iniciar el programa psicoterapéutico se realizó una entrevista inicial con la madre y con la pareja actual del paciente para poder recabar mayor información sobre la problemática de éste; asimismo, al finalizar el programa se realizó una entrevista final para validar los resultados obtenidos y como percibían el cambio del paciente.

La madre del paciente refiere: *“Estoy muy agradecida por la ayuda brindada hacia mi hijo, he notado que ha mejorado mucho, ya no lo veo preocupado, aislado en su cuarto, o padeciendo ataques de ansiedad; ahora lo veo con nuevos hábitos, está más relajado, a vuelto a ser el chico alegre y carismático de siempre, he notado también que su relación con su novia ha mejorado, sale con sus amigos y hasta ayuda en los quehaceres del hogar”.*

La novia del paciente refiere: *“Mi novio está mucho mejor, ya no está gruñón, ya no discutimos tanto, ahora solemos conversar sobre lo que no estamos de*

acuerdo, su estado de ánimo ha mejorado mucho, ya no lo veo ansioso o preocupado, hemos empezado a compartir muchas cosas, hasta hemos planeado irnos de viaje unas semanas algo que antes hubiese sido imposible porque el tenía miedo a que le dé una crisis ansiosa. Siento que es una mejor persona mucho antes de que comenzaran sus ataques de pánico.

Se aprecia un cambio en el estado afectivo del paciente, debido a que se encuentra más activo y servicial en casa, ha mejorado su estilo de comunicación asertiva con su familia y pareja; asimismo, realiza planes de viajes y actividades recreacionales sin presentar preocupación por acontecimientos futuros catastróficos (crisis de pánico).

4.3. Criterio Clínico:

Durante todo el proceso psicoterapéutico se instauraron técnicas y herramientas (reestructuración cognitiva, habilidades sociales, solución de problemas) bajo el modelo psicoterapéutico de la TREC, las cuales fueron de gran utilidad para lograr la estabilidad emocional y afectiva del paciente, debido a que ayudaron a identificar, procesar y modificar de forma más adecuada las creencias irracionales del paciente y mediante la técnica de psicoeducación el paciente logró comprender mejor su problemática.

Por ende se cumplieron los objetivos siguientes:

El paciente logró tener un mayor conocimiento y comprensión del TP y sobre la sintomatología ansiosa que presenta.

El paciente aprendió a identificar y a controlar sus estados de tensión y ansiedad; a través de la técnica de relajación muscular y respiración diafragmática; asimismo, aprendió a regular sus emociones en situaciones estresantes.

El paciente logró identificar y modificar su sistema de creencias irracionales por otras maneras más realistas de pensar logrando un cambio emocional y conductual como las crisis de pánico, mejorando así su funcionabilidad personal, social, familiar y laboral.

Por ello, tras culminar el proceso psicoterapéutico, se pudo evidenciar que el paciente ha logrado un cambio significativo en su funcionabilidad; ya no tiende a maximizar los estímulos internos, ha disminuido considerablemente la sintomatología ansiosa; debido a que aprendió técnicas para controlar sus estados de ansiedad y regular sus emociones en situaciones que le generen estrés, asimismo, puede identificar sus creencias irracionales, logrando cuestionarlas y modificarlas por otras más adaptativas, permitiéndole tener una mayor autonomía y mejorando su estilo de vida. Además, su estado de ánimo ha mejorado, dado que se encuentra más alegre, animoso y con ganas de participar y compartir con sus amigos y pareja.

4.4. Criterio Funcional:

Al inicio del proceso psicoterapéutico se pudo evidenciar que la sintomatología ansiosa que presentaba el paciente afectaba considerablemente su funcionabilidad, especialmente en el nivel personal y social, había dejado de realizar sus actividades cotidianas, se encontraba muy preocupado por la sintomatología que padecía y no tenía un autocontrol adecuado, asimismo, ya no salía con sus amigos, discutía mucho con su novia y prefería quedarse en su habitación por miedo a padecer una crisis de pánico y pudiera hasta morir.

Actualmente, la funcionabilidad del paciente ha mejorado significativamente; continúa trabajando como abogado y su desempeño laboral ha mejorado mucho, sus relaciones interpersonales se han visto incrementadas, puede realizar sus

actividades cotidianas sin problemas, y logra regular de manera adecuada sus emociones e identificar y modificar sus creencias irracionales, permitiéndole desenvolverse de manera óptima en su entorno, como por ejemplo, al presentar sintomatología ansiosa logra mantenerse tranquilo, no presenta pensamientos catastróficos, en ocasiones pone en práctica la técnica de respiración diafragmática y espera que los síntomas ansiosos disminuyan para poder continuar con sus actividades; asimismo, cuando se encuentra en una situación que le genera estrés, mantiene la calma y trata de resolverlo de una manera asertiva.

4.5. Criterio Psicométrico:

Los resultados obtenidos en el pre – test fueron los siguientes:

En el Inventario de Depresión de Beck se obtuvo un puntaje total de 12 que corresponde al rango de depresión leve, posteriormente obtuvo un puntaje de 4 lo cual lo ubica en el rango de normalidad.

En relación a la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) alcanzó un puntaje a nivel de Estado igual a 7 y Rasgo igual a 7, lo cual se ubica dentro de la categoría de moderado, posteriormente obtuvo un puntaje a nivel de Estado igual a 3 correspondiente a la categoría de bajo y en relación al nivel de Rasgo alcanzó un puntaje igual a 4 que le corresponde a la categoría normal.

En el Inventario clínico multiaxial Millón II, da como resultado tendencia de rasgos evitativos predominantes; rasgos compulsivos y en la categoría de síndromes clínicos obtuvo un resultado significativo de ansiedad.

A continuación en la Tabla 7, se presenta un cuadro comparativo del Pre-test y Post-Test con los resultados obtenidos en la evaluación:

Tabla 7

Tabla Pre-test y Post-test

| Prueba psicométrica | Resultado (Pre-test) | Resultado (Post-test) |
|--|--|-----------------------|
| Inventario de Depresión de Beck | 12 | 4 |
| Escala de Ansiedad- Estado | 7 | 3 |
| Escala de Ansiedad- Rasgo | 7 | 4 |
| Inventario clínico multiaxial de Millon II | Patrones clínico de la personalidad: Evitativo – compulsivo. | |
| | Síndrome clínico: Ansiedad | |

Finalmente podemos delimitar que existieron cambios significativos, según el criterio clínico y el criterio psicométrico.

4.6 Seguimiento

De acuerdo con los seguimientos realizados con el paciente se pudo corroborar que hubo un cambio significativo en el área emotiva, debido a que el paciente puede manejar y controlar adecuadamente su sintomatología ansiosa, puede reconocer y modificar sus creencias irracionales por otras más adaptativas y puede manejar situaciones que le generen estrés de manera adecuada.

Asimismo, en el área afectiva también obtuvo un cambio positivo y se demuestra por que el paciente se encuentra mejor anímicamente, su desempeño laboral ha mejorado y la comunicación con su pareja es más adecuada; debido a que ha puesto en práctica el estilo de comunicación asertiva, además ha retomado actividades que había dejado de lado, como practicar deporte, salir más con sus amistades y no estar tan alerta o preocupado por presentar una crisis de pánico.

CAPÍTULO V

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Resumen

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, acude a consulta derivado de psiquiatría, debido a que aproximadamente hace 3 meses empezó a sentir sin motivo aparente presión en el pecho, transpiraciones, taquicardia, dificultad para respirar y al buscar información en internet empezó a sugestionarse al ver las posibles causas y probabilidades de que se tratará de un infarto, por ende se realizó las pruebas médicas pertinentes y al no encontrar nada, decide iniciar el proceso psicológico correspondiente debido a que la sintomatología ansiosa y el malestar que le generaba repercutía negativamente en su funcionabilidad personal, social, laboral y familiar.

Por tal motivo, se realizó el proceso de evaluación psicológica utilizando las técnicas de observación y entrevista; seguido de la aplicación de pruebas psicométricas con la finalidad de conocer la problemática actual del paciente; asimismo, se corroboró el diagnóstico del paciente a través del criterio clínico y resultados psicométricos del trastorno de pánico y Episodio depresivo leve.

Luego se dio inicio con el proceso psicoterapéutico, basado en el modelo cognitivo-conductual, la cual tuvo una duración de 16 sesiones de 45 minutos 1 vez por semana, en la cual se estableció un programa psicoterapéutico de acuerdo a la necesidad del paciente; en donde se inició el programa dando la explicación de su problemática actual; asimismo, se le enseñó técnicas de relajación muscular, para que pueda identificar y controlar sus estados de tensión; seguido de la reestructuración cognitiva y la técnica Imaginación racional emotiva teniendo como finalidad identificar, cuestionar y modificar sus creencias irracionales por otras mas

racionales o adaptativas; además, se le enseñó la técnica de solución de problemas con el objetivo de que pudiera encontrar soluciones adecuadas para resolver problemas cotidianos sin que le genere mayor ansiedad y pueda regular su estado emocional ante situaciones que considere estresantes; finalmente se realizó una introducción sobre habilidades sociales y cuales son las más adecuadas para desenvolverse en su entorno.

Para finalizar el proceso psicoterapéutico se realizó 2 sesiones de seguimiento para ver la mejoría del paciente, para ello se reevaluó al paciente obteniendo como resultados una mejoría a nivel emotivo-conductual; asimismo, se entrevistó a la madre y novia del paciente para poder recolectar mayor información. Cabe señalar que la información recopilada por dichas fuentes era congruente debido a que coinciden con el cambio positivo del paciente.

Cabe destacar, que el paciente durante todo el proceso psicoterapéutico mostró compromiso y dedicación, y esto se evidenciaba con su participación continua y porque cumplía con todas las actividades encargadas durante el programa psicoterapéutico.

En la actualidad, el paciente presenta un mayor nivel de funcionabilidad en los diversos ámbitos de su vida; permitiéndole desenvolverse de manera óptima en su entorno.

5.2. Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos en el proceso de intervención psicoterapéutica se puede señalar que se lograron los siguientes objetivos:

- A través de la técnica de Psicoeducación el paciente logró comprender mejor la sintomatología del TP.

- El paciente aprendió a controlar sus estados de ansiedad frente a situaciones que le generen estrés a través de técnicas como la relajación muscular y respiración diafragmática.
- Mediante la técnica emotiva de Imaginación Racional Emotiva, el paciente aprendió a reconocer, cuestionar y modificar sus pensamientos irracionales por otros más adaptativos.
- El paciente logró comprender cómo sus creencias irracionales pueden influir en sus emociones.
- El paciente mejoró significativamente su estado de ánimo, nivel de debate y funcionabilidad a través de la técnica emotiva del Rol Racional.
- El paciente retomó actividades que había dejado de lado, permitiéndole sentirse mejor, devolviéndole su confianza y autonomía.
- El paciente logró desarrollar nuevas habilidades para resolver problemas cotidianos de manera asertiva y se instauraron habilidades sociales para que pueda desenvolverse adecuadamente en su entorno.
- Se evidencia una remisión de los síntomas del trastorno de pánico y de los síntomas depresivos del paciente.

5.3. Recomendaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos en base al desarrollo del paciente, se puede manifestar las siguientes recomendaciones:

Para el Paciente:

- Se recomienda seguir practicando las técnicas aprendidas en el proceso psicoterapéutico, para que pueda mantener un estilo de vida óptimo y siga desenvolviéndose adecuadamente en su entorno.
- Seguir realizando actividades que le generen bienestar, como salir a correr y hacer ejercicio físico.

Para los Familiares y Pareja:

- Se recomienda seguir apoyando al paciente y reforzar las conductas adecuadas por parte de éste, como el apoyo continuo en las actividades del hogar, respetar sus espacios de meditación/relajación, y compartir actividades en familia.
- Generar adecuados métodos de comunicación en el ámbito conyugal con la finalidad que se genere un ambiente positivo y sin conflictos.

Para los Investigadores:

- Continuar elaborando programas de intervención TCC en casos de TP y EPD centrándose en aplicar técnicas cognitivas; contextuales y de relajación.
- Se sugiere seguir implementando sesiones con las técnicas que fortalezcan el proceso de intervención haciendo uso de técnicas de solución de problemas y habilidades sociales.
- Promover programas de intervención en casos TP y otros asociados como Trastorno Fóbico y el Trastorno de estrés post traumático.
- Elaborar programas preventivos y promocionales para reducir la incidencia y prevalencia del trastorno de pánico.

REFERENCIAS

- Agustín, M. (2018). El círculo vicioso del pánico. *El Desorden de Pánico*. Manual para el consultante. Foro Argentino de DBT. Recuperado de <https://recursospsicologicosblog.files.wordpress.com/2015/11/pgp-ataque-de-panico.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Lugar: American Psychiatric Press, Washington DC.
- Amodeo, S. (2016). Tratamiento del pánico mediante exposición interoceptiva y ejercicio físico. A propósito de un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(2),101-114.
- Antony, M., & Barlow, D. (1996). Emotions theory as a framework for explaining panic attacks and panic disorders. En R.M. Rapee (Ed.). *Current controversies in the anxiety disorders*, 55-76. Lugar: Guilford Press, New York
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios del DSM5*. Lugar: American Psychiatric Publishing
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. doi: 10.6018/29.3.178511.
- Bados, A. (2009) *Fobia social. Naturaleza, evolución y tratamiento*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf>

- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st Century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow
- Battle, S. (2007). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: Enfoque cognitivo-conductual*. Lugar: Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Lugar: International Universities Press, New York.
- Beck, A. & Shaw, B. (19°Ed). (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Lugar: Descleé de Brouwer, Bilbao
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Lugar: Basic Book Inc. Publisher New York.
- Benytez, C. (2019). *Síntomas de ansiedad en los trastornos del espectro del autismo desde un enfoque trasdiagnóstico* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Höfler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 618–626. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0505>
- Carpio, A. (2da Ed). (1974). *Principios de la filosofía. Una introducción a su problemática*. Lugar: Ediciones Paidós, Buenos Aires.
- Carpio, M. & Siwin, Y. (2018). *Ansiedad y depresión asociadas a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2018* (Tesis de licenciatura). Universidad Andina del Cusco, Cusco.

- Cutipé (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Concejo Directivo Nacional (2017). *Código de ética y deontología*. Recuperado de http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lugar: Lyle Stuart, New York
- Ellis, A. & Bernad, M. (1990). ¿Qué es la terapia racional emotiva (RET)? En A. Ellis y M. Bernard (Dirs.), *Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva* (pp. 19-48). Lugar: Desclée de Browerr, Bilbao.
- Ellis, A. & Bernad, M. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. Lugar: Birch Lane, New York.
- Fernández, L. (2012). Manual for diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 466-479.
- Ferre (2011). Trastorno de ansiedad. *Fisterra*. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-ansiedad/>
- Franks, C. (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status*. Lugar: McGraw-Hill, New York.
- Fogler, J., Tompson, M. C., Steketee, G., & Hofmann, S. G. (2007). Influence of expressed emotion and perceived criticism on cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 235–249.
- Frangella, L., & Gramajo, M. (2014). *Manual psicoeducativo para el consultante. Trastorno de pánico*. Lugar: Fundación: FORO, Buenos Aires-Argentina
- Freud, S. (1986). *A disturbance of memory on the Acropolis*. Lugar: Hogarth Londres.
- Gómez, A. (2012). Trastornos de ansiedad. Agarofobia y crisis de pánico. *Farmacia Profesional*, 26(6).

- González, M. (2009). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Psicología y Pedagogía*, 5, 10 -19. Recuperado de <https://revistas.usal.es/index.php/0214-3402/article/view/3270>
- Gorman, J., Liebowitz M., Fyer A. & Stein, J. (1989). A neuroanatomical hypotesis for panic disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 146 (2), 148-161. Doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.146.2.148>
- Haynes, N., Godoy, A., & Gavino, A. (2011). Fornulación de casos clínicos. *European Journal de la evaluación psicológica* , 27 (1-3).
- Hernández, M. (2016). *Lo que la mente cree, la mente lo crea: De anorexia nerviosa y terapiacognitivo - conductual*. (Trabajo final de grado: monografía). Universidad de la República, Uruguay.
- Horwath, E., & Weissman, M. (1995). Epidemiology of depression and anxiety disorders. En Tsuang MT, Tohen M & Zahner GEP. (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology*. Lugar: Wiley-Liss.
- Ibáñez, C., & Manzanera, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Semergen-medicina familiar*, 38(6), 377-387. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2003). *Encuesta nacional de salud año 2003*. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_SN.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2017. *INEI*. Recuperado de <https://www.ipe.org.pe/portal/eesultados-de-la-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2017/>

- INSM (2012). Estudio epidemiológico de salud mental Lima y Callao: 2012. Informe general. *Anales de la salud mental* 29(1). Recuperado de <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- INSM (2003). Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana: 2003. Informe general. *Anales de la salud mental* 19(1-2). Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2003-ASM-EESM-SP/files/res/downloads/book.pdf>
- INSM (2007). Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima y Callao 2007. Informe general. *Anales de la salud mental* 28(1). Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-NYA.pdf>
- INSM (2015). Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana - 2015. *Anales de la salud mental* 34(1). Recuperado de <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20%20Salud.pdf>
- Koppmann, A. (1992). Trastorno de pánico. *Universidad de Chile. Clínica Psiquiátrica*.
- Lang, P. J. (2002). Estudio sobre la ansiedad. *Revista psicológica científica.com*. ISSN: 2322-8644. Recuperado de <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in psychotherapy*, 3, 90-102.

- Lazarus, R. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American psychologist*, 37(9), 1019-1024.
- Lega, L., Sorribes, F., & Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual. Una versión teórico-práctico actualizada*. Recuperado de https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/36/35532_TERAPIA_RACIONAL_EMOTIVA_AMPLIADA.pdf
- Lewis, A. (1980). Problems presented by the ambiguous word anxiety as used in psychopathology. En Burrows G. & Davies B. (Eds.), *Studies on anxiety*, (1-15)
- Lozano, A., & Vega, J. (2018). Construcción y propiedades psicométricas de la escala de ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista. Neuropsiquiátrica*, 81(4), 226-234. Doi: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3437>
- Mahoney, M.J. (1977). Cognitive therapy and research: A question of question. *Cognitive therapy & research*, 1, 5-16
- Martínez, M., & Nelson, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista neurológica, neurociencia y psiquiatría*, 44(3), 101-107.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dehab, J. (2001) ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de terapia cognitivo conductual*, 1(6), 1-6.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. *Fisterra*. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-ansiedad>
- National Institute of Mental Health (2000). Panfletos y hojas de datos. *NIH*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>
- Oblitas, L. (Ed). (2008). *Psicoterapia Contemporánea*. Lugar: Cengage learning México DF.

- OMS (1992). *Clasificación Internacional de trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10): Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Lugar: Meditor, Madrid. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
- Palomino, C., Santiago, E., & Zarate (2017). Revisión bibliográfica de la efectividad de la terapia racional emotiva conductual (REBT). *Apuntes Científicos Estudiantiles de Psicología* 1(17). Recuperado de https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/view/934
- Plaud, J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of clinical psychology*, 57(9), 1089-1102.
- Reyes, A. (2005). *Trastornos de Ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*.
- Rodríguez, E. (2018). Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad. *INTERPSIQUIS. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-23-pon3%20005.pdf>
- Rueda, O. (2019). *Evaluación y diagnóstico del trastorno del pánico desde el manual diagnóstico DSM V*. (Examen complejo). Universidad técnica de Machala, Ecuador.
- Ruiz, C. (2011). Introducción a la Terapia Modelo Cognitivo Conductual (TCC). *Societat Catalana de Recerca i Teràpia del comportament*. Recuperado de <https://www.academia.cat/files/425-3832-DOCUMENT/Ruiz-42-17Oct12.pdf>
- Saavedra, J. (2019). Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales regionales 2015. Informe general. *Anales de Salud Mental*, 35(1). Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXV%202019%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Regionales.pdf>

- Sandin, B. (2005). Evitación interoceptiva: nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (2), 103-114. doi <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.2.2005.3993>
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/GRR_IMSS_392_10.pdf
- Sierra, J., Virgilio, O., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 11(1), 10-59. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Sierra, J., Zubeidat, I., & Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar e subjetividade*. 6(2), 472-517. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010
- Syvalant, E. (1989). On drug treatment of panic disorders. *Psychiatria Fennica Suppl*, 133-140.
- Tortella – Feliu, M. (2014). Los Trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803018>
- Vallejo, J. (8ª Ed). (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Lugar: Masson, Barcelona.
- WHO European Region. (2005). *WHO/Europe*. Recuperado de <https://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
- Wolpe, J. (1959). Neurosis. En Arroll, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Eds). *Diccionario de psicología*, (pp. 404-408).

ANEXOS

Anexo A

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE LA VIDA
(Arnold A. Lazarus)

Este cuestionario tiene por objetivo obtener un panorama amplio de su vida. En todo trabajo científico es necesario contar con registros, dado que estos permiten abordar los problemas en forma mas completa. Llenando este formulario de la forma mas detallada y precisa que pueda, contribuirá a facilitar su propio programa terapéutico. Se le pide que conteste estas preguntas de rutina por su cuenta, para no utilizar el tiempo dedicado a la consulta en la obtención de estos datos.

Es comprensible que a Ud., le preocupe lo que ocurra con la información sobre su vida, dado que muchos de estos datos son muy personales. Todo los informes de casos son estrictamente confidenciales. Ninguna persona fuera del terapeuta, podrá ver su informe sin su autorización.

Fecha.....27/09/2018.....

1. Datos Generales.

Nombre Bryan B.F.
 Dirección Callao
 Teléfono -
 Edad 27 años Ocupación Abogado
 ¿Quién lo derivó a la consulta psicológica?
Recomendado por Psiquiatría.
 ¿Con quién vive en este momento? (enumere las personas)
Con ambos padres

2. Datos clínicos

- a) Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus problemas principales:

"Desde hace 2 meses empecé a sentir palpitaciones, Sudoración, dificultades para respirar y ansiedad sin razón aparente, a pesar de ir al médico y realizarme los exámenes pertinentes, no han encontrado alguna causa, por tal motivo y por recomendación del psiquiatra, vengo a Psicología."

- b) Haga una breve reseña sobre la historia y el desarrollo de sus problemas (desde su origen hasta el presente)

c) En la siguiente escala evalúe la gravedad de su/s problema/s

| | | | | |
|--------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Levemente Perturbador | Moderadamente Grave | <u> X </u> Muy Grave | Sumamente Grave | Totalmente Incapacitante |
|--------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|

d) ¿A quién consulto previamente acerca de su/s problema/s actual/es?

- EMERGENCIA
- COEDUCACIÓN
- PSICUIATRÍA

3. Datos Personales:

a) Fecha de nacimiento 30/05/91 Lugar de Nacimiento CALUSO

b) Condición de su mamá durante su embarazo (en la medida en que lo sepa):

TODO ACORDE A LO NORMAL.

c) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que haya tenido lugar durante su infancia:

| | | |
|------------------|------------------|---------------------|
| Terror Nocturno | Enuresis | Sonambulismo |
| Chuparse el dedo | Comerse las uñas | tartamudeo |
| Temores | Infancia infeliz | Infancia desdichada |

Otros: _____

e) Estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades

f) Estatura: _____ Peso: _____

g) Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? (Enumérelas y especifique a que edad)

OPERACIÓN A LOS 20 AÑOS

h) ¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica?

Hace 2 meses.

i) ¿Ha tenido accidentes?

NO

j) Enumere sus cinco temores principales.

1. MUERTE DE MIS PADRES
2. SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.
3. MORIR EN UNA CRISIS POR LA ANSIEDAD.
- 4.
- 5.

k) Subraye cualquiera de los siguientes ítems que sea aplicable en su caso:

- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| Dolores de cabeza ✓ | Mareos | Desmayos |
| Palpitaciones ✓ | Problemas estomacales | Falta de apetito ✓ |
| Problemas digestivos | Fatiga ✓ | Insomnio |
| Pesadillas | Tomo sedantes | Conmociones |
| Tensión ✓ | Pánico ✓ | Drogas |
| Depresión | Ideas suicidas | Timidez |
| Incapaz de relajarme ✓ | Problemas sexuales ✓ | Incapaz de tomar decisiones ✓ |
| No me gusta los fines de semana, ni las vacaciones | Excesiva ambición | Malas condiciones en el hogar |
| No puedo entablar amistades | Sentimientos de inferioridad | Incapaz de divertirme |
| Problemas financieros | Problemas de memoria | Dificultades de concentración |
- Otros:

l) Subraye cualquiera de las palabras que se aplique en su caso:

- | | | | | |
|-------------|----------------|------------------------|---------------------------|---------------|
| Inservible | Inútil | Un don nadie | La vida es hueca | Inadecuado |
| Estúpido | Incompetente ✓ | Ingenuo | No hago nada bien ✓ | Culpable |
| Malvado | Moralmente | Pensamientos horribles | Lleno de odio | Hostil |
| Ansioso ✓ | Incorrecto | Cobarde | No asertivo | Agresivo |
| Feo | Agitado | Poco atractivo | Con tendencia al pánico ✓ | Incomprendido |
| Repulsivo | deprimido | Solo | No querido | Conflictuado |
| Aburrido | Confundido | Desasosegado | Inseguro ✓ | Atractivo |
| Arrepentido | Valioso | Comprensivo ✓ | Inteligente | |
| Seguro | Considerado ✓ | | | |
- Otros:

m) Intereses, hobbies y actividades actuales

- PESY
- JUGAR PELOTA

n) ¿En qué ocupa su tiempo libre?

DESCANSAR y CONTINUAR con el tratamiento
Psiquiátrico

o) ¿Cuál fue el último año que completo estudios?

2007 COLEGIO 2017 UNIVERSIDAD

p) Aptitudes estudiantiles; puntos fuertes y débiles

PROMEDIO ← leer, investigar (Fuerte)
Falta de Motivación y empeño (Debilidad)

q) ¿Alguna vez se burlaron de usted o lo mangonearon?

- NUNCA

r) ¿Le resulta fácil establecer amistades? ¿Las conserva?

- Al principio soy algo reservado y luego me desmuelvo
amistosamente, especialmente cuando entro en confianza.

4. Datos laborales:

a) ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

Abogado

b) ¿Qué tipo de trabajo desempeño en el pasado?

—

c) ¿Está satisfecho con su trabajo actual? (En caso negativo exprese los motivos)

SÍ

d) ¿Cuánto gana?

Promedio

¿Cuánto gasta para vivir?

Costos normales.

e) Ambiciones

Pasadas:

No.

Presentes:

—

5. Información Sexual:

a) Actitud de sus padres con respecto al sexo (por ejemplo, ¿hubo instrucción sexual o discusiones sobre el tema en su casa)

NO

¿En qué terrenos hay compatibilidad?

¿En qué terrenos no hay compatibilidad?

¿Cómo se lleva con su familia política? (incluyendo cuñados y cuñadas)

¿Cuántos hijos tiene? Por favor enumere sexo y edad de sus hijos.

¿Algunos de sus hijos presenta problemas especiales?

¿Hay algún hecho importante que deba informar en relación con abortos espontáneos o provocados?

Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior

7. Datos Familiares:

a) Padre *José B.*

¿Vive? *SÍ*

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió?

Causa de muerte: *—*

Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora? *66 a*

Ocupación *Subelado*

Estado de salud *Hipertenso*

b) Madre: *Ana Marién F.*

¿Vive? *SÍ*

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió?

Causa de muerte: *—*

Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora? *60*

Ocupación *Ama de casa.*

Estado de salud *Discrepante - sana*

c) Hermanos.

Cantidad de hermanos: 1

Edades: 20

Cantidad de hermanas:

Edades:

Relaciones con sus hermanos:

a) Pasada:

Ophimo

b) Presente:

Ben

Describa la personalidad de su padre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Lo considero una persona de carácter fuerte, directivo y detallista, y mi relación con él a pesar de su carácter es comunicativa y me lo aconsejó.

Describa la personalidad de su madre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Ella es una persona pacífica, amable y cariñosa, y mi relación con ella es agradable, comunicativa y me aconseja. Pero le tengo más aspiencia si mi papá.

¿De qué forma lo castigaban sus padres cuando era pequeño?

No me dejaban salir con mis amigos y en ocasiones me castigaban con la correa.

Dé una impresión sobre la atmósfera que reinaba en su hogar (es decir, el hogar en que se crió. Mencione el grado de compatibilidad entre sus padres y entre padres e hijos).

Mi familia es nuclear, con hijo una crianza autoritativa. Yo que mi padre es autoritario y mi madre muy permisiva. Sin embargo, siempre conversábamos y no preempábamos uno del otro.

¿Podía confiar en sus padres?

S.

Si tienen madrastra o padrastro, informe que edad tenía cuando se casó con su madre o su padre

Describa en pocas palabras su formación religiosa.

Si no fue criado por sus padres, ¿quién lo tuvo a su cargo y entre que edades?

¿Alguien (parientes, padres, amistades) interfirió alguna vez en su matrimonio, ocupación etc.?

¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

Los padres

¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o algún otro problema que pueda considerarse un trastorno mental? Detalle.

NO

¿Hubo algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado aquí?

NO

Describa cualquier experiencia aterradora o angustiante que no haya mencionado aún:

NO

Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.

NO lo sé, pero me atrevo que no sé que me va a pasar y no puedo controlarlo y puedo hasta morir por ello.

Enumere las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado.

Cuando estoy en mi cuarto.

¿Alguna vez perdió el control de sí mismo (por ejemplo: una rabieta, gritos o agresividad)? En caso afirmativo, por favor detalle.

NO

Por favor agregue cualquier información no solicitada en este cuestionario, que pueda ayudar a su terapeuta a comprenderlo y apoyarlo (utilice una hoja adicional si es necesario).

Temo que nunca pueda sanarme, perder mi trabajo, a mi mi hermano y no sepa controlarme sobre mi enfermedad.

STAI

A/E

A/R

PD = 30 + 10 - 15 = 25 - 3
 PD = 21 + 17 - 10 = 28 - 7

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres B. F. Bryon Edad 27 Sexo M.
 Centro - curso / puesto Estado civil S
 Otros Datos - Fecha 03/10/18

A - E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrara unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a si mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

| | N | A | B | M |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mi mismo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasegado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuélva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca
1 = A veces
2 = A menudo
3 = Casi siempre

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 21. Me siento bien..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me canso rápidamente..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Siento ganas de llorar..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Me siento descansado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Soy feliz..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Me siento seguro..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Me siento triste (melancólico)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Estoy Satisfecho..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Soy una Persona estable..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

IDB - II

INVENTARIO DE
DEPRESION BECK
SEGUNDA EDICION
Por: Aaron T. Beck
Traducido y Adaptado por:
Máximo Brush C.

Subtotal Pag. 1:

5

No: 000143

Subtotal Pag. 2:

7

Puntaje Total:

12

Nombre:

Bryan B.

Estado Civil:

S

Edad: 27.

Sexo: M.

Ocupación:

Abogado

Educación:

Fecha: 06/10/07

Evaluado por:

Gero Moreno P.

C.P.P.:

Fax:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.
 2 Estoy triste todo el tiempo.
 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
 2 No espero que las cosas me salgan bien.
 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
 1 He fracasado más de lo que debería.
 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.
 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

4. Falta de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.
 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
 2 Espero ser castigado(a) por la vida.
 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.
 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
 3 No me gusta quien soy.

8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.
 2 Quisiera matarme.
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía llorar.
 1 Lloro más de lo que solía llorar.
 2 Lloro por cualquier cosa.
 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

Continúa al Reverso

Subtotal Pag. 1

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
-
- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.
-
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
-
- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
-
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
-
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
-
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Reciente mente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.

A Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

B Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

C Si desea mayor información acerca de la prueba contactese con el siguiente e-mail:

psichometrika@hotmail.com

16/10/18

HOJA DE RESPUESTAS

INVENTARIO MILLOÑ

MARQUE CON UN ASPA LA RESPUESTA (V=VERDADERO; F= FALSO)
 QUE MEJOR LE DESCRIBA A VD. Y A SU MANERA DE SER

#

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|----|---|---|----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|
| 1 | V | F | 26 | V | F | 51 | V | F | 75 | V | F | 101 | V | F | 126 | V | F | 151 | V | F |
| 2 | / | | 27 | / | | 52 | / | | 77 | / | | 102 | / | | 127 | / | | 152 | / | |
| 3 | / | | 28 | / | | 53 | / | | 78 | / | | 103 | / | | 128 | / | | 153 | / | |
| 4 | / | | 29 | / | | 54 | / | | 79 | / | | 104 | / | | 129 | / | | 154 | / | |
| 5 | / | | 30 | / | | 55 | / | | 80 | / | | 105 | / | | 130 | / | | 155 | / | |
| 6 | / | | 31 | / | | 56 | / | | 81 | / | | 106 | / | | 131 | / | | 156 | / | |
| 7 | / | | 32 | / | | 57 | / | | 82 | / | | 107 | / | | 132 | / | | 157 | / | |
| 8 | / | | 33 | / | | 58 | / | | 83 | / | | 108 | / | | 133 | / | | 158 | / | |
| 9 | / | | 34 | / | | 59 | / | | 84 | / | | 109 | / | | 134 | / | | 159 | / | |
| 10 | / | | 35 | / | | 60 | / | | 85 | / | | 110 | / | | 135 | / | | 160 | / | |
| 11 | / | | 36 | / | | 61 | / | | 86 | / | | 111 | / | | 136 | / | | 161 | / | |
| 12 | / | | 37 | / | | 62 | / | | 87 | / | | 112 | / | | 137 | / | | 162 | / | |
| 13 | / | | 38 | / | | 63 | / | | 88 | / | | 113 | / | | 138 | / | | 163 | / | |
| 14 | / | | 39 | / | | 64 | / | | 89 | / | | 114 | / | | 139 | / | | 164 | / | |
| 15 | / | | 40 | / | | 65 | / | | 90 | / | | 115 | / | | 140 | / | | 165 | / | |
| 16 | / | | 41 | / | | 66 | / | | 91 | / | | 116 | / | | 141 | / | | 166 | / | |
| 17 | / | | 42 | / | | 67 | / | | 92 | / | | 117 | / | | 142 | / | | 167 | / | |
| 18 | / | | 43 | / | | 68 | / | | 93 | / | | 118 | / | | 143 | / | | 168 | / | |
| 19 | / | | 44 | / | | 69 | / | | 94 | / | | 119 | / | | 144 | / | | 169 | / | |
| 20 | / | | 45 | / | | 70 | / | | 95 | / | | 120 | / | | 145 | / | | 170 | / | |
| 21 | / | | 46 | / | | 71 | / | | 96 | / | | 121 | / | | 146 | / | | 171 | / | |
| 22 | / | | 47 | / | | 72 | / | | 97 | / | | 122 | / | | 147 | / | | 172 | / | |
| 23 | / | | 48 | / | | 73 | / | | 98 | / | | 123 | / | | 148 | / | | 173 | / | |
| 24 | / | | 49 | / | | 74 | / | | 99 | / | | 124 | / | | 149 | / | | 174 | / | |
| 25 | / | | 50 | / | | 75 | / | | 100 | / | | 125 | / | | 150 | / | | 175 | / | |

#

STAI

A/E

A/R

| |
|---------------------------|
| PD = 30 + 3 - 25 = 8 → 3 |
| PD = 21 + 7 - 15 = 13 → 4 |

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres Bryan B. Edad 27 Sexo M

Centro / curso / puesto / Estado civil S

Otros Datos / Fecha 04/04/19

A - E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | N | A | B | M |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasegado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca
1 = A veces
2 = A menudo
3 = Casi siempre

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21. Me siento bien..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me canso rápidamente..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Siento ganas de llorar..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Me siento descansado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Soy feliz..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Me falta confianza en mi mismo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Me siento seguro..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Me siento triste (melancólico)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Estoy Satisfecho..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Soy una Persona estable..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

IDB - II

INVENTARIO DE
DEPRESION BECK
SEGUNDA EDICION
Por: Aaron T. Beck
Traducido y Adaptado por:
Máximo Brush C.

Subtotal Pag. 1:

0

No: 000143

Subtotal Pag. 2:

4

Puntaje Total:

4

Nombre: Bryan B. F. Estado Civil: S Edad: 22 Sexo: MOcupación: - Educación: - Fecha: 04/04/19Evaluado por: Gau Moran P. C.P.P.: - Fax: -

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.
 2 Estoy triste todo el tiempo.
 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
 2 No espero que las cosas me salgan bien.
 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
 1 He fracasado más de lo que debería.
 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.
 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

4. Falta de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.
 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
 2 Espero ser castigado(a) por la vida.
 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.
 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
 3 No me gusta quien soy.

8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.
 2 Quisiera matarme.
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloré más de lo que solía llorar.
 1 Lloro más de lo que solía llorar.
 2 Lloro por cualquier cosa.
 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

Continúa al Reverso

Subtotal Pag. 1

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
-
- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.
-
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
-
- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
-
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
-
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
-
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Reciente: antes no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho/menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.

- A) Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas. No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.
- B) Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.
- C) Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:
psichometrika@hotmail.com

Anexo B

MADRUGADA

| | J 22 | V 23 | S 24 | D 25 | L 26 | M 27 | M 28 | J 29 | U 30 | S 31 | D 2 | L 3 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
| INICIO | 38x2 | 36 | 37 | 38 | 37 | 35 | 34 | 33 | 33 | 35 | 36 | 35 |
| | 76 | 72 | 74 | 76 | 74 | 70 | 68 | 66 | 66 | 70 | 72 | 70 |
| TERMINO | 35 | 35 | 35 | 36 | 36 | 37 | 36 | 35 | 33 | 33 | 32 | 36 |
| | 70 | 70 | 70 | 72 | 72 | 74 | 72 | 70 | 66 | 66 | 64 | 72 |

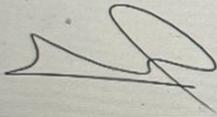
NOCHE

Ins
1

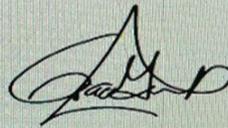
| | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| INICIO | 36 | 35 | 34 | 34 | 33 | 35 | 35 | 36 | 32 | 33 | 34 | 33 |
| | 72 | 70 | 68 | 68 | 66 | 70 | 70 | 72 | 64 | 66 | 68 | 66 |
| TERMINO | 36 | 32 | 34 | 33 | 35 | 33 | 37 | 38 | 32 | 34 | 36 | 35 |
| | 72 | 64 | 68 | 66 | 70 | 66 | 71 | 76 | 64 | 68 | 72 | 70 |

Anexo C**Consentimiento informado**

En cumplimiento de las normas éticas que deben seguirse en todo proceso de intervención psicoterapéutica, se solicitó al paciente su consentimiento informado para dar inicio al tratamiento, especificándose los objetivos del mismo con respecto a la problemática del trastorno de pánico y depresión leve, presentado por el evaluado durante el motivo de consulta y para lo cual se utilizarán distintas técnicas bajo el enfoque cognitivo-conductual durante la intervención.



Brayan
Paciente



Grace Moreno Polo
Psicoterapeuta