



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TCC EN UN PACIENTE CON
ATAQUE DE PÁNICO, DEPRESIÓN Y PROBLEMAS DE PAREJA**



PRESENTADO POR
DENISSE ADELA ROSALES SANTIAGO

ASESOR
DEYVI BACA ROMERO

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2022



**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/>



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: TCC EN UN PACIENTE CON ATAQUE
DE PÁNICO, DEPRESIÓN Y PROBLEMAS DE PAREJA**

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

**PRESENTADO POR:
DENISSE ADELA ROSALES SANTIAGO**

**ASESOR:
MG. DEYVI BACA ROMERO
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0184-0303>**

LIMA, PERÚ

2022

INDICE

INDICE DE TABLAS	iv
INDICE DE FIGURAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	ix
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.....	10
Ansiedad.....	10
Ataque de Pánico	11
Depresión	12
Conflictos en las Relaciones de Pareja	14
Terapia Cognitiva Conductual	18
CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO	27
Datos de Filiación	27
Motivo de Consulta	27
Procedimiento de Evaluación: Entrevista y Observación.....	28
Informe Psicológico	33
Identificación del Problema.....	38
CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCION TERAPEUTICA.....	41
Especificación de los objetivos del tratamiento	41
Diseño de estrategia de intervención.....	42
Aplicación del Tratamiento y Procedimiento.....	47

CAPITULO IV: RESULTADOS Y SEGUIMIENTO	57
Línea Base	57
Intervención	58
Evaluación final.....	60
Seguimiento.....	61
CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
Resumen	62
Conclusiones	64
Recomendaciones	65
REFERENCIAS.....	66
ANEXOS	56
Anexo A: Consentimiento Informado	56
Anexo B: Escala de Ansiedad de Zung	57
Anexo C: Escala de Depresion de Zung.....	57
Anexo D: Inventario de Estilos de Personalidad - MIPS	59
Anexo E: Frases Incompletas de Sacks	62
Anexo F: Test de Matrices Progresivas de Raven.....	63
Anexo G: Pre test – Conflicto de Pareja	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Problema identificado 1: Ataque de pánico.....	39
Tabla 2 Problema identificado 2: Síntomas depresivos	39
Tabla 3 Problema identificado 3: Conflictiva en relación a sus situaciones amorosas	40
Tabla 4 Primera sesión	47
Tabla 5 Segunda Sesión.....	47
Tabla 6 Tercera Sesión.....	48
Tabla 7 Cuarta Sesión	49
Tabla 8 Quinta Sesión	49
Tabla 9 Sexta Sesión.....	50
Tabla 10 Séptima Sesión.....	50
Tabla 11 Octava Sesión.....	50
Tabla 12 Novena Sesión.....	51
Tabla 13 Décima Sesión.....	52
Tabla 14 Décimo primera Sesión.....	52
Tabla 15 Décimo segunda Sesión	52
Tabla 16 Décimo tercera Sesión.....	53
Tabla 17 Décimo cuarta Sesión	53
Tabla 18 Décimo quinta Sesión	54
Tabla 19 Décimo sexta Sesión	54
Tabla 20 Décimo séptima Sesión	55
Tabla 21 Décimo octava Sesión	55
Tabla 22 Décimo novena sesión - Seguimiento 1.....	56

Tabla 23 Vigésima sesión - Seguimiento 2..... 56

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Problema 1: Ataque de pánico	43
Figura 2 Problema 2: Síntomas depresivos.....	43
Figura 3 Problema 3: Conflicto de pareja	43

RESUMEN

El presente estudio de caso tuvo como objetivo modificar la conducta, a nivel emocional, cognitivo y fisiológico, a través de un programa de intervención basado en la psicoterapia cognitivo conductual en un caso con problemas de ataque de pánico, depresión y de relación de pareja. Para ello se inicia la recolección de datos, personales, familiares y patológicos asociados al trastorno de ansiedad. El programa de intervención psicológica partió de una línea base, por medio de los instrumentos, tales como; el Inventario de Ansiedad de Zung (Zung, 1965) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 2012). La intervención consta de diecinueve sesiones terapéuticas, más dos sesiones de seguimiento. Como resultados se evidenció un notable avance respecto a los miedos, el nerviosismo, la inseguridad, la disminución de la autoestima, temor a morir, dolores musculares, aceleración cardíaca, sudoraciones repentinas. Asimismo, aquellos síntomas depresivos como pensamientos irracionales, la irritabilidad, la tristeza, la culpabilidad, disminución en el sueño, falta de apetito, falta de energía. En el ámbito de pareja mantiene una comunicación asertiva, empatía, solución de problemas, disminución de la ira, control de impulsos, escucha activa.

Palabras claves: Estudio de caso, ataque de pánico, depresión, conflictos de pareja.

ABSTRACT

The objective of this case study was to modify behavior, at an emotional, cognitive and physiological level, through an intervention program based on cognitive behavioral psychotherapy in a case with panic attack, depression and relationship problems. For this, the collection of personal, family and pathological data associated with the anxiety disorder begins. The psychological intervention program started from a baseline, through the instruments, stories such as; the Zung Anxiety Inventory (Zung, 1965) and the Beck Depression Inventory (Beck, 2012). The intervention consists of nineteen therapeutic sessions, plus two follow-up sessions. In results, there was a notable respect to fears, nervousness, insecurity, decreased self-esteem, fear of dying, muscle pain, cardiac acceleration, sudden sweating. Likewise, those depressive symptoms such as irrational thoughts, irritability, sadness, guilt, decreased sleep, lack of appetite, lack of energy. In the sphere of the couple, it maintains assertive communication, empathy, problem solving, reduction of anger, impulse control, active listening.

Keywords: Case study, panic attack, depression, couple conflicts.

INTRODUCCION

El presente estudio de caso aborda los síntomas del ataque de pánico, depresión y problemas de pareja en un paciente y en cómo estos síntomas han afectado en el ámbito de pareja, familiar, laboral y social.

Se evidencia durante el proceso del estudio de caso, la presencia de síntomas del ataque de pánico, la cual denota un miedo intenso repentino por un tiempo limitado, estos pueden provocar reacciones psicológicas y físicas de gran magnitud. Por otro lado, los síntomas depresivos presentan tristeza constante, evidenciando una falta de interés y placer para realizar las actividades cotidianas, presencia de pensamientos irracionales que afectan en la salud mental y emocional del usuario. Así también la presencia de los problemas de pareja tiene como inicio a través de una inadecuada comunicación, falta de empatía, desconfianza, infidelidad, y otros.

A continuación, el presente estudio de caso se divide en los siguientes capítulos; en el primer capítulo se desarrolla el marco teórico teniendo en cuenta las tres variables como problemática y también el desarrollo de la Terapia cognitivo conductual. En el segundo capítulo, se da a conocer la presentación del caso del usuario, evidenciando los datos de filiación, el motivo de consulta, el procedimiento de evaluación, los antecedentes; así también el informe psicológico y la identificación del problema. En el tercer capítulo se detalla el programa de intervención terapéutico, dentro de ello se evidencia la justificación, metodología y los objetivos propuestos. En el cuarto capítulo se efectúa la discusión de los resultados obtenidos según las pruebas aplicadas y según sesión realizaron dentro de la psicoterapia. Y, por último, en el capítulo cinco se lleva a cabo el resumen del estudio de caso, las conclusiones del programa y las recomendaciones requeridas para el paciente.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Ansiedad

1.1.1. Definición

Según Lazarus (1976), el termino ansiedad presenta un concepto particular en el cual se refiere a una situación transitoria o un estado estable de la personalidad. Por lo tanto, la ansiedad se podría clasificar, como un estado en el cual pueden presentar un conjunto de síntomas y signos; los cuales son expresadas de manera autónoma y ello pueda fomentar una situación problemática, afectando el sistema nervioso, la cual se puede hacer referencia hacia ansiedad – estado. Así mismo, se le nombra al estado estable a evidenciar ansiedad se le denominó ansiedad – rasgo.

Según Beck et al. (1985) respecto a la ansiedad refiere que el paciente evidencia la percepción de manera incorrecta, en el cual denota falsas premisas.

De acuerdo la Asociación Americana de Psicología (2014). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, podemos indicar dentro de los Trastornos de Ansiedad como: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico con o sin la agorafobia, la fobia social, la fobia específica y el trastorno por estrés post traumático.

1.1.2. Síntomas y Creencias Irracionales

Según Sarudiansky (2013), La ansiedad refiere a los síntomas en específicos y signos donde también se reflejan creencias irracionales manifestándose de forma física y psicológica que no tienen ningún peligro real, en el cual se evidencia en el inicio de un episodio ansiedad o también como un estado regular y confuso, teniendo como consecuencia un estado de pánico; por otro lado, también podrían presentarse

otros síntomas neurológicos, como persistentes o agresivos que no cumplen los criterios de diagnóstico.

Uno de los principales síntomas en un Trastorno de Ansiedad, se puede evidenciar el miedo, lo cual esto se manifiesta ante estímulos percibidos en el momento, y la ansiedad se evidencia con anticipación en situaciones de peligro.

1.2. Ataque de Pánico

1.2.1. Definición

Lang (1971) define los estados que presentan relación con el miedo y la ansiedad como respuestas en tres áreas en particular: Respuesta cognitiva, indica los hechos previos ante una situación negativa, el proceso de la información obtenida y las creencias irracionales ansiosas presentadas; respuesta comportamental, se evidencian conductas evitativas, rituales compulsivos, obsesivos y otras conductas, que se ejecutan para la seguridad ante la realización de actividades; y respuesta fisiológica, se manifiestan características particulares como reacciones hacia el incremento de sensaciones de mareo, aceleración cardiaca, de la respiración y de la sudoración.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del Manual de diagnóstico de trastornos mentales DSM-5 (2014), define el trastorno de pánico como: Un ataque de pánico de aparición súbita de miedo constante e intenso, la cual puede manifestarse durante el periodo de 10 minutos en su máxima expresión.

1.2.2. Síntomas

Según la Asociación Americana de Psicología (2014). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5); como ya antes mencionado un ataque de pánico, puede evidenciarse de aparición súbita de miedo intenso con una duración aproximada de minutos y así mismo durante este ataque pueden evidenciarse algunos de los síntomas siguientes: Estos síntomas pueden presentarse de forma repentina.

Inicialmente pueden presentarse palpitaciones, aceleración del corazón o frecuencia cardiaca, sudoración, temblores en el cuerpo, dificultades para respirar, como sensaciones de ahogo y asfixia, dolores, náuseas o molestias en el tórax, mareos, inestabilidad y sensaciones de desmayo, en ciertas ocasiones puede sentir sensaciones de frío o calor, sensaciones de hormigueo o entumecimiento, situaciones de desrealización o despersonalización, miedo a perder el control, miedo notable a morir.

Así también aquellos síntomas ya mencionados anteriormente tienden a afectar en el día cotidiano del ser humano, ya sea en lo laboral, educativo, familiar, social.

1.3. Depresión

1.3.1. Definición

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2016); la depresión, también conocida como un Trastorno Depresivo, es la aparición de síntomas como; la angustia, en el cual afecta física y psicológicamente, en el día a día, así también; en el ámbito laboral, familiar, académico y otros. Para ser diagnosticado de depresión, estos deben ser afectados a la persona que lo padece de forma constante y

significativa en el cual sea limitante hacer las actividades cotidianas, durante por lo menos un periodo de dos semanas.

Según el Ministerio de Salud (2005), el Trastorno Depresivo es una patología que principalmente puede afectar el estado de ánimo, por lo que también se le conoce como trastorno afectivo.

Según Beck en 2012; estructura de diferente forma la relación entre los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento. En lugar de asociar, como una relación entre el esquema estímulo-respuesta, que, a través de las emociones manifestadas, estas son determinadas por los pensamientos y conductas que antecede el sujeto según sus experiencias previas, es por ello que, si modificamos la conducta a través de medicamentos, mejoraremos el estado de ánimo, y así se podría evidenciar la mejora del sujeto.

1.3.2. Síntomas

Según el DSM-5 refiere; que cinco (o más) de los síntomas que se van a presentar tienen que haber sido presentes durante un periodo de quince días, y que hayan realizado un cambio significativo en el funcionamiento, deben manifestarse mínimo uno de los síntomas como; estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

El afectado debe presentar un estado de ánimo deprimido por mayor parte del día, de forma frecuente y constante; indicando sentimientos de tristeza, desesperanza, vacíos o también pueden manifestar las personas que lo han observado, así también evidenciar la disminución significativa para realizar las actividades del día a día, también se observa la pérdida o aumento de peso notablemente sin necesidad de minorar las porciones de la alimentación. Pueden

presentar insomnio o hipersomnia con frecuencia, también se evidencia agitación o lentitud psicomotora, presentándose fatiga, desgano, falta de energía casi con frecuencia, sentimientos de desmotivación, incapacidad o culpa excesiva constante. Se evidencia disminución para concentrarse o pensar, toma de decisiones, pensamientos irracionales de morir, pensamientos suicidas con gran frecuencia sin un plan establecido a realizar.

1.4. Conflictos en las Relaciones de Pareja

Según Moreno (2002), indica que las relaciones de pareja, los problemas, no son necesariamente todos negativos, ya que esto puede ayudar a dar inicio a la creatividad, la reflexión, y pensar acerca de una adecuada toma de decisiones, la motivación impulsa a la mejora y el establecimiento de nuevas metas, y objetivos entre la pareja. Por otro lado, se habla de cónyuges en situación de pobreza cuando esto lleva cabo otras necesidades y el conflicto adquiere características específicas. En general la pobreza es relacionada como una situación vulnerable. Siendo así, la pobreza no viene a ser la única desventaja en una relación conyugal, ya que, en ciertas parejas, más que el indicio de una separación, ha sido un motivo de fortalecimiento y de unión. Siendo así, la pobreza podría ser el motivo principal por la cual el núcleo familiar caracterizado por la presencia del varón proveedor ha estado menos aportante, debido a bajos ingresos económicos por el cual viene a ser el motivo de que la mujer también comience a buscar un empleo.

Los antecedentes sociales de ejercer el rol de pareja, la sexualidad y la relación conyugal, evidencia que cada cultura donde conviven tiene ideologías particulares del rol de la mujer y el varón. Se pueden entender cómo, prejuicios, ideas, valores, percepciones, deberes, sentimientos, normas y limitaciones a cerca del rol de cada

género, es por ello que cada persona se identifica con la creencia e idea que mantiene según su medio y cultura a través de sus experiencias (Moreno, 2002).

Según Núñez (2007) menciona que el modelo atender-mantener viene a ser un vínculo en el cual los varones que viven en una sociedad antigua construyeron la idea de ser atendidos. Señalando que el trabajo es vendría a ser únicamente correspondida por el rol hombre eso quiere decir del género “masculino heterosexual dominante”. Las creencias de género de los hombres relacionas a un papel de sustento económico dentro del núcleo familiar. Ser quien da el sustento viene a ser significado de una persona que trabaja, sin embargo, la concepción que tiene el hombre es una idea más compleja. Así mismo menciona que, el componente sexual viene a ser considerando principalmente dentro de una relación conyugal, la cual se construye la virilidad en términos de desempeño sexual según la concepción del varón, como, de potencia reproductiva y de atractivo hacia las mujeres.

1.4.1. Tipologías de Relación de Pareja y sus Conflictos

Según Zazueta y Sandoval (2013), en este texto mencionan, según los resultados que indican en cuanto a las parejas encuestadas en una situación particular de recursos económicos bajos, diversos tipos de pareja y sus conflictos. Se pueden clasificar en tres tipos de relación: la orientada a atender y mantener, el matrimonio como empresa y la pareja solidaria. La agrupación realizada viene a ser flexible y se construye con base a términos experimentales y explicativos. Siendo así que la pareja puede migrar de una tipología a otra, debido a que la pareja pueda compartir las mismas concepciones o, todo lo contrario, y ello pueda alterar la estabilidad de pareja y la posición frente a la familia.

Es relevante mencionar que cuando se menciona acerca de conflictos de pareja se puede aludir a diversos motivos como discusiones, descontrol, problemas, violencia, choques, carencias, desacuerdos, complicaciones, diferencias, dificultades, deudas que han expresado los hombres y las mujeres que han sido entrevistadas. Este tipo de conflicto pueden afectar la relación de pareja, y también empieza la desmotivación de uno o de ambas personas, ya que se puede reflejar algún acto forzado o de manera intencionada, hacer lo que uno de ellos no desea o no está de acuerdo, causando una afectación emocional, físico y psicológico.

Según Zazueta y Sandoval (2013); realizaron una investigación donde identificaron tres tipos de pareja, son los siguientes:

Atender y Mantener. Es la prima tipología propuesta, la cual incluye a las parejas cuyas ideologías, valores y prácticas sobre el lazo afectivo son reguladas y asumidas según sus experiencias previas familiares y según su ambiente en el cual ha sido criado, ya que se tiene la creencia tradicional en la que se cree que el hombre es quien sustenta el hogar y el estigma de que la mujer obtenga el rol de ama de casa. Uno de los principales motivos es el amor de pareja la cual constituye su unión, así también acompañada por las relaciones sexuales del trabajo, que debe ser realizada por uno de los cónyuges, demostrando la virilidad del hombre.

Esta tipología, presenta creencias muy particulares que parte fundamentalmente de un pensamiento tradicional y estereotipado del género, la cual la principal característica es la de suponer que hay actividades particulares en la cual solo la mujer y el varón puedan desempeñar. Sobre lo mencionado con anterioridad se puede llegar a constituir una división sexual de género entre la mujer y el varón que conlleva al género masculino a mantener y a ser un soporte en cuanto a las necesidades de la familia, y la de la mujer es de atender y brindar a los miembros del

hogar y ser soporte de la pareja. Sin embargo, el vínculo principal entre ambos es cercano al amor y al tipo de familia nuclear que los estudios funcionalistas describieron en los años cincuenta (Aguirre & Fassler, 1994).

El Matrimonio como empresa. En esta tipología se incluyen parejas que están unidas por la cooperación y el trabajo. Siendo así de que ambos deben tener un trabajo remunerado, y aun así sigue prevaleciendo una división sexual del trabajo tradicional.

Para la mujer no viene a ser una prioridad el trabajar, pero si considera la importancia de participar de manera equitativa en el trabajo pagado, y para los varones no son prioridad las labores del hogar, aunque indican que es necesario el también involucrarse en las actividades del hogar. Por otro lado, se evidencian concepciones de género que son tradicionales; como para las mujeres, la importancia que tiene la familia y los hijos; para los hombres, la importancia a cerca de la atención que le brindan sus esposas. Es por ello que va a depender de la creencia que tiene cada género y la resistencia que puedan poner por ambas partes. Por otro lado, los hijos y el amor vienen a ser una de las razones más importante para la conformación en cuanto al matrimonio por comunión.

La Pareja Solidaria. En este tipo de pareja están incluidas aquellas relaciones en la cual los miembros buscan establecer acuerdos para entablar una adecuada relación de pareja, ya que cada uno considera de gran valoración como; el ser libre, la comunicación, la independencia y el bienestar sexual, todo ello es compartido hacia sus propios intereses. La solidaridad en la pareja se conforma como el valor más importante de la unión de pareja y su vínculo principal es cercano al amor confluyente. Principalmente, ambos géneros trabajan y planean sus actividades proponiendo acuerdos. En la comunicación de pareja prevalece un rechazo significativo hacia la

dependencia afectiva y económica, que es todo lo contrario al modelo de pareja atender y mantener porque lo consideran inequitativo. Los problemas que tuvieron los varones en sus familias de origen en esta tipología se pueden enmarcar como en situaciones que tienen que ver con los bajos recursos económicos, con rebeldía, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, el trato a los hijos, desintegración familiar; falta de comunicación, familias disfuncionales. Las situaciones problemáticas que anteceden a las mujeres en sus familias de origen se enmarcan en situaciones que tienen que ver con dificultades respecto a la comunicación entre los miembros de la familia, consumo de alcohol, pobreza, consumo de sustancias, abandono de hogar de la madre, y autoritarismo entre los que conforman la familia.

1.5. Terapia Cognitiva Conductual

1.5.1. *Antecedentes de la Terapia Cognitiva Conductual*

La terapia cognitiva conductual (TCC), puede definirse como una aplicación clínica psicológica, en el cual se evidencia principios y procedimientos validados empíricamente.

De acuerdo a Minici y Dehab (2001), la Terapia Cognitivo Conductual son procesos cognitivos y conductuales que se evidencian en el usuario dentro del proceso de la psicoterapia. Las creencias, actitudes, expectativas, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta por procesos de aprendizaje durante las etapas de vida. En algunas ocasiones, este tipo de cogniciones son consideradas como respuesta a conductas que se deben reforzar, pero por otro lado también son considerados como causa de reacciones autónomas y del comportamiento.

Los principios considerados del modelo cognitivo conductual pueden presentarse en (González, 2010): Las cogniciones pueden ser consecuencia de una respuesta verbal, por la cual se aplicará el cambio cognitivo conductual y se requiere la reestructuración de los constructos cognitivos; las experiencias previas para este modelo Cognitivo Conductual, como los comportamientos evidenciados, se muestran en la realidad consciente del ser humano; el comportamiento, dentro de ello están manifiestas las cogniciones, estos se pueden regir por un sistema estricto de reglas, la cual pueden ser a través de un análisis de los antecedentes y consecuencias de una determinada conducta.

Por lo tanto, se requiere una validación constante y propia de la atención respecto a los estados internos. Es por ello que principalmente, esto trae un aumento de la auto atención del paciente hacia sus propias cogniciones y meta-cogniciones, es por ello se lleva a cabo la reestructuración cognitiva o la Terapia Racional Emotiva. En la Terapia Cognitivo Conductual los principios terapéuticos se ubican desde los antecedentes experimentales de la psicología por aprendizaje, específicamente hace referencia al condicionamiento clásico y operante, en conjunto de diversas técnicas empleadas a partir de la psicología cognitiva y conductual| según la problemática a tratar. Es por ello que la psicoterapia va más allá de hechos manipulados, y también usa la intervención conductual destinadas a restaurar, modificar o suprimir conductas de modelado; el Rol play, entrenamiento asertivo, etc.

El terapeuta toma una actitud en la cual seguirá un proceso y también de mediador presentándose como la persona que brindara aquellas herramientas para la mejora del caso para corregir constantemente excesos, déficits o inadecuadas conductas donde se incluirán procesos cognitivos conscientes.

Por otro lado, el terapeuta llevara a cabo los procesos de auto atención, aprendizaje de las técnicas a utilizar y así brindar las herramientas necesarias para que el paciente pueda mejorar o suprimir aquellas ideas irracionales mediante estrategias o técnicas de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo.

1.5.2. *Análisis Funcional de la Conducta*

La conformidad de los datos recolectados dentro de la evaluación de la conducta es primordial en cualquier criterio clínico, y particularmente en la formulación del caso a tratar según el paciente, dentro del modelo se toman las medidas de pre-intervención, los juicios clínicos derivados de ellas y así el diseño de un programa de intervención a partir de ambos.

El análisis funcional de la conducta brinda un modelo de formulación de casos clínicos, donde básicamente se centra en el problema del paciente y de las variables con las que se unen (Aimoku et al., 2013).

Así mismo, señalamos que el análisis funcional de la conducta es el principal elemento de la evaluación conductual. El término análisis funcional tiene como antecedente del concepto de Skinner de análisis experimental de la conducta. Por otro lado, el término indicado actualmente ha variado, dando a conocer otros conceptos y procedimientos. (Haynes & O'Brien, 1990; Iwata et al., 2000).

El término funcional puede ser usado de dos formas. Una de ellas refiere a la consecuencia que una conducta puede generar sobre el ambiente, siendo así, el propósito o función de la conducta de un individuo sobre su entorno que se rodea (por ejemplo, la función de los gritos de un niño de tres años puede ser el atraer la atención de sus padres).

En segundo lugar, tiene relación que se puede establecer entre dos variables (generalmente entre acontecimientos ambientales y conductas), donde una de ellas se modifica en función a la presencia o ausencia de la otra (las ventas de un dependiente aumentan cuando está presente el dueño de la tienda, y descienden cuando este se ausenta).

Los dos términos son importantes para el análisis funcional de la conducta, debido a que las experiencias previas obtenidas durante el transcurso de la vida hacen que ello adquiere y tenga relación con su comportamiento.

El principal objetivo del Análisis Funcional, es prever el comportamiento futuro de la persona, conocer las claves que controlan su conducta.

1.5.3. Técnicas Conductuales

Las técnicas a emplear se establecen dentro de un conjunto habitual de la Terapia de Conducta, siendo así el objetivo de cada técnico es distinto, pero que pueden mantener una relación según lo aplicado. Siendo así que el terapeuta tiene como objetivo primordial la modificación de la conducta donde se tiene que lograr el objetivo, pero, por otro lado, el terapeuta cognitivo es el medio para lograr la modificación de las cogniciones a mejorar o suprimir, que es el objetivo primordial de la Terapia Cognitiva. (Zazueta & Sandoval, 2013)

Las técnicas conductuales son aquellas herramientas que pueden ayudar a que el paciente pueda realizar experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus hipótesis o creencias. El aplicar aquellas conductas que previamente no podía ejecutarse, porque creía que no era lo suficiente capaz, le ayuda a que el paciente pueda descubrir y conocer cómo algunas cogniciones irracionales pueden influir negativamente en su estado emocional, conducta y motivación.

a. Programación de Actividades: Es una de las técnicas principales en la Terapia Cognitiva. Según las sesiones a tratar, se van programando las actividades a realizar que tendrá que ejecutar el paciente, llevando una jerarquía según la dificultad evidenciada.

Programar las actividades y el registro de aquellas actividades a realizar diariamente tiene como objetivo, en el caso de pacientes con síntomas depresivos, poner a prueba aquellos pensamientos o creencias de que no pueden realizar ninguna actividad. Las conductas a realizar, por más pequeñas que sean, permiten al terapeuta a cargo tener una base para cuestionar las creencias irracionales.

Esta programación ayuda a contrarrestar las creencias irracionales que hace que el paciente sea capaz de experimentar satisfacción, aumentando progresivamente las probabilidades de repetir constantemente las actividades que le hacen sentir mejor. En cada tarea a realizar, se le pide al paciente que evalúe cada actividad, en una escala de 0 a 5 puntos, y según ello pueda verificar como va mejorando.

En aquellos pacientes con síntomas de ansiedad, la organización y el registro de cada tarea a realizar, permite poner a prueba las creencias básicas de que algún peligro o amenaza le pueda ocurrir, y no poder afrontarlo y los demás no le podrán ayudar.

b. Role-playing: En cuanto a la aplicación de esta técnica, se toma primordialmente atención a aquellos pensamientos irracionales de los pacientes. Esta técnica se lleva a cabo durante las sesiones programadas, mediante la ejecución de la conducta o el modelado con el terapeuta a cargo. Se realizará con esta técnica experimentos donde se pueda cuestionar las hipótesis propuestas respecto a las creencias evidenciadas ante una conducta determinada.

c. Técnica de desvanecimiento: Consiste en reforzar la conducta objetivo deseada en la presencia de aproximaciones consecutivas al estímulo antecedente que se desea controlar la conducta (Larroy, 2008).

d. Técnicas de afrontamiento: Adicional a otras técnicas conductuales de las ya mencionadas, se utilizan otras según para el trastorno a tratar, aunque siempre con el objetivo de modificar los pensamientos irracionales: Técnicas de control de estímulos: Se aplica la técnica para la mejora de las dificultades del sueño que suelen presentarse principalmente en los trastornos de ansiedad y depresión. Así mismo ayuda a disminuir los estímulos que afectan el sueño e incrementan los que lo inducen; relajación como estrategia de coping. Es decir, se utilizará la técnica de relajación para una situación problemática a tratar; exposición graduada a las situaciones temidas o evitadas, principalmente en aquellos pacientes con síntomas de ansiedad. La ejecución se puede realizar mediante la Desensibilización Sistemática en la imaginación, o exposición in vivo; control de la Respiración o técnicas de hiperventilación. Se usan especialmente en el trastorno de pánico o ante síntomas somáticos amenazantes como ocurre en los problemas de agorafobia.

e. Entrenamiento asertivo: Se le permite al paciente poner en ejecución las técnicas entrenadas previamente para manejarse adecuadamente ante aquellas situaciones o ante personas que pueden producir la ansiedad.

1.5.4. Técnicas cognitivas

Virues (2015), menciona como técnicas cognitivas a aquellas que se pueden utilizar para recolectar información y así facilitar el cuestionamiento socrático para que permite identificar y cambiar pensamientos irracionales.

Los dos procedimientos primordiales mediante los cuales se lleva a cabo la detección y el cuestionamiento socráticos de los pensamientos, distorsiones y creencias son los autorregistros y el descubrimiento guiado.

a. **Autorregistros.** Los autorregistros se llevan a cabo desde el inicio de las sesiones para recolectar la información suficiente sobre el estado emocional que puede presentar el paciente diariamente y así anteceder acerca de lo que pueda ocurrir próximamente y de esa forma se evidenciará el incremento o disminución ante la problemática, así también para el análisis del grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. El estado emocional se puede calificar entre una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien): El autorregistro más aplicado es el Registro diario de pensamientos distorsionados (DTR) propuesto por Beck et al. (1979). Está dividido en columnas paralelas (6 columnas). En la primera columna se registrará la fecha y la hora exacta en la que suceden los hechos, en la segunda se señalan las situaciones concretas indicando en cada una de ellas el lugar donde se encuentra y qué conductas sucedieron.

En la tercera columna ha de especificarse las emociones presentadas y también indicar su intensidad (1%-100%)

En la cuarta se anotan los pensamientos relevantes e imágenes que se presentaron por su mente al momento de evidenciar las situaciones. Estas columnas mencionadas son las que se utilizaran para la identificación de los pensamientos y así identificar su relación respectiva con las emociones. Por otro lado, después del inicio del proceso del cuestionamiento y recolección de las evidencias y de las opciones hacia el pensamiento irracional explicitado, se llevará a cabo a completar las dos columnas restantes.

La quinta columna recolectará las respuestas que se propusieron como alternativas a las conductas presentadas. En la última se apuntará el resultado obtenido hacia la evaluación de la credibilidad de los pensamientos irracionales, así como el nivel de sus estados emocionales.

b. **Descubrimiento guiado.** Evidencia el proceso de acompañar y ayudar al paciente acompañado del terapeuta y así lograr nuevos objetivos que puedan cuestionar sus creencias irracionales a través debate socrático.

Para lograr el objetivo que establece el debate socrático el terapeuta va acompañando durante el proceso a través de preguntas relacionadas, y así se permitirá que el paciente logre realizar libremente sus argumentos y cuestionamientos.

Las técnicas cognitivas también se llevan a cabo para el cuestionamiento y el descubrimiento guiado. Presentamos las técnicas más habituales:

Técnicas de retribución. Se utilizan para modificar las cogniciones relacionadas con las dimensiones atribucionales de locus de control (interno/ externo), estabilidad (estable/inestable) y específica (global/ específico). Por otro lado, aquellas personas con síntomas depresivos establecen atribuciones internas, estables y globales al momento de fundamentar errores o fracasos, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.

Técnica de conceptualización alternativa. Se realizará la ayuda constante al paciente, principalmente con el acompañamiento del terapeuta, y así llevar a cabo las interpretaciones respectivas según lo que indica el usuario, y brindar las explicaciones respectivas hacia los problemas que se le presenten. A través de esta técnica empleada se logrará la mejora en cuanto a la interpretación y así brindarle alternativas de solución hacia las dificultades.

Técnicas basadas en la imaginación. Es una de las técnicas más empleadas en cuanto a la Terapia Cognitiva. Hay una gran mayoría de personas a las que les es más factible detectar imágenes visuales a través de la imaginación que aquellos pensamientos que se le puedan asociar. Por otro lado, podemos mencionar que desde el inicio de sesiones de psicoterapia se tomara enfoque a gran variedad de técnicas según la problemática evidenciada.

CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	: Freddy
Fecha y lugar de nacimiento	: Cajamarca, 24/11/95
Procedencia	: Comas
Edad	: 25 años
Grado de instrucción	: Secundaria Completa
Estado Civil	: Soltero
Ocupación	: Operario
Informante	: Paciente
Fechas de evaluación	: 07, 14, 21 y 28 de marzo del 2021
Responsable	: Bach. Ps. Denisse Rosales Santiago

2.2. Motivo de Consulta

Paciente acudió a la entrevista y refirió:

“Desde el 15 de febrero, que viajé a Cuzco para trabajar en una empresa que hace instalaciones de alarma contra incendios, desde esos días me sentí muy nervioso, tenía mucho miedo a morir, tuve pensamientos y constantes preguntas sobre qué pasaría si muero, no he podido conciliar el sueño, he tenido varios días sin poder dormir, no he tenido apetito, presenté temblores musculares en las piernas... estuve llorando con mucha frecuencia aproximadamente ocho veces al día, ya ha pasado una semana que he estado sintiéndome así, no entiendo el motivo por el cual me está pasando todo esto; hace meses, también me sucedió algo similar, pero fue rápido unos días, pero no le di importancia; pero ahora es distinto no lo puedo controlar, ha habido momentos en que me palpitaba uno de los ojos.

He bajado más de 5 kilos, antes tenía más masa muscular y me gustaba hacer ejercicios frecuentemente, pero ahora estoy delgado, no tengo ganas de hacer las mismas cosas de antes, jugar, salir, hacer ejercicios; todos los días me miro al espejo y me siento feo; me he sentido muy triste constantemente; extraño a mis padres, a mi enamorada, estar con mis amigos. Durante mi estadía en Cuzco, me sentía solo en el lugar que estaba trabajando, y tenía miedo a estar en la habitación, no tengo a nadie con quien hablar, ni compartir. Y también he estado teniendo problemas frecuentes con mi pareja, he sentido mucha inseguridad con ella, hubo momentos irritables, agresividad, constantes peleas por celos, no teníamos buena comunicación por la lejanía, no podía comprender cuando quería salir con sus amistades, y todo esto también influía en cómo me sentía.

Mis padres ya saben lo que me está sucediendo actualmente, y también mis primos que viven en Lima; en Cuzco visité a un médico general y me recetó pastillas para dormir, pero solo tomé algunas de las pastillas, esta situación me hizo pensar que tendría que ir a otro tipo de profesional, es por eso que, llegando a Lima, visité a mis primos para que me apoyen, y por ese motivo decidí viajar, porque sentí la necesidad de ir a una consulta psiquiátrica”.

2.3. Procedimiento de Evaluación: Entrevista y Observación

Paciente asistió a consulta psicológica con puntualidad. Fue de tez blanca, estatura promedio, contextura delgada, de cabello corto y aparenta su edad cronológica, se mostró con vestimenta acorde a la estación, con un adecuado arreglo y aseo personal. Se encontró lúcido, orientado en tiempo, lugar y persona, así también mostró una postura encorvada. Durante el proceso de evaluación, manejaba un adecuado lenguaje de forma espontánea, fluida y con coherencia, se evidenció un

adecuado tono de voz, estableció contacto visual, apertura y confianza. Respecto al relato durante la consulta, se mostró expresivo, por momentos observaba a varios sitios, no hay un punto fijo visual, también se observó movimientos frecuentes de sus manos dirigidos hacia el rostro y cabello. Frente a preguntas relacionadas a su situación amorosa, respondió con pausas.

2.3.1. Historia Personal

El paciente proviene de un hogar integrado por sus ambos padres y 4 hermanos, incluido el evaluado, quien ocupa el 2do. Lugar, nació a los 9 meses con cierta dificultad, presentó en los primeros días de nacido, taquipnea; pero, en los próximos días, su estado fue mejorando, así también Freddy fue de pequeño un niño inquieto, travieso y juguetón. A los 4 años sufrió un accidente mientras prendía un cohete, y el resultado de ello hizo que el cohete le caiga en forma de palo de madera, y penetre el parpado de uno de sus ojos, inmediatamente fue llevado de emergencia; así también los 7 años tuvo varicela; respecto a la época escolar, fue un niño que solía ser travieso, él pegaba chicle en el cabello de sus compañeros, era participativo, le gustaba bailar en los aniversarios del colegio. A los 12 años, dos de sus hermanos fallecieron: el primero, a la semana de haber nacido, y, el segundo hermano, falleció al primer año de vida, cuando iniciaba a caminar debido a una fiebre alta, la cual le duró por un periodo de cuatro días, debido a ello lo llevaron de emergencia al hospital, pero cuando estaba cerca al hospital su hermano fallece. Por ese motivo, él esa situación empieza a afectarlo ya que, él le tuvo mucho cariño debido a la convivencia que tenían en el hogar.

A los 12 años vino a Lima a terminar la secundaria; desde que se trasladó sus estudios a la ciudad, se mudó a la casa de sus padrinos en Comas, es allí donde empieza a

convivir con su primo, él tenía la misma edad; así también durante la secundaria tuvo un comportamiento rebelde con sus padrinos y sus padres, ya que no solía respetar las reglas y acuerdos de la casa, quería ser independiente, solía ir a discotecas y no cumplir con las tareas dejadas en el colegio. Terminando la etapa escolar sus padrinos le ofrecen pagar sus estudios superiores, pero él no aceptó porque decía que aún tenía tiempo para estudiar y por lo tanto continuaría en casa, es por ello que sus padrinos se quejaron con sus padres que residen en Cajamarca, señalando que Freddy no deseaba estudiar, por lo tanto, ellos no lo podrían seguir teniendo en su casa, y ese fue el motivo por el cual se retira de la casa, y se va a vivir a la casa de sus primas, y empieza a realizar trabajos independientes.

2.3.2. Historia Familiar

Respecto al entorno familiar, sus padres mantienen una buena relación con sus hijos; su padre trabaja en Cajamarca en la chacra; su madre es ama de casa. Su padre consume alcohol los fines de semana. Por otro lado, su padre hace unos años también tuvo los mismos síntomas; en primera instancia pensó que le hacían brujería, ya que algunas personas conocidas le dijeron que podría ser eso; pero después de semanas un familiar le recomendó ir al psiquiatra para que lo evalúen y pueda ser medicado, actualmente está controlado. Por otro lado, menciona que eran seis hermanos y que dos de ellos fallecieron de niños. Respecto a su madre, puede decirse que le tiene más confianza, así también Freddy desde hace años ha tenido mucha cercanía con sus primos que viven en Lima, los considera como sus hermanos. Por el momento sus primos lo están apoyando por la situación en la que está pasando, quedándose a vivir en casa de uno de ellos.

2.3.3. Examen Mental

Paciente presentó un adecuado aliño y aseo personal, aparentando una edad acorde a su edad cronológica (25 años). Así mismo usa la vestimenta adecuada según la estación. Su expresión facial evidenció tristeza y preocupación respecto al momento de relatar sus experiencias en relación a sus padres y a lo que le sucede actualmente.

Su postura corporal fue medio encorvada; las manos tocaban su rostro y cabello con frecuencia; así mismo se observa una mirada sobresaltada, reflejando ansiedad ante su situación actual.

Respecto a la actitud durante la evaluación, se mostró con disposición y voluntad al momento de programar las sesiones y al realizar las pruebas establecidas; reflejando puntualidad, responsabilidad, colaboración y apertura.

Así mismo durante las evaluaciones se apreció cierta demora, al no lograr responder las preguntas respectivas, evidenciando ansiedad.

El lenguaje del evaluado presenta una adecuada coherencia y fluidez verbal al relatar hechos sucedidos, al profundizar en el área personal denota un adecuado tono de voz, también reflejando cierta alegría y también tristeza ya que le traen recuerdos de su adolescencia.

En cuanto a su estado de conciencia, se observó que conoce de sí mismo y de la realidad problemática actual, así también refleja una atención sostenida durante la sesión, se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Respecto a la memoria presenta un adecuado estado, relata sin dificultad hechos sucedidos del pasado y presente. Su percepción se encuentra en un estado adecuado.

Esfera Conativa. Freddy evidenció un interés disminuido respecto al ámbito profesional. Durante la época escolar fue un niño extrovertido, inquieto y travieso, en

el que solía ser participativo en las actividades organizadas del colegio. La secundaria la término en una institución educativa pública de Lima, ya que tenía el apoyo de sus padrinos, durante esa etapa opto por una actitud rebelde, ya que no respetaba las reglas propuestas por la hoja; debido a lo ocurrido, sus padrinos deciden comunicarse con sus padres para decirles que Freddy no cumple con las reglas propuestas, es por ello que él, se retira y empieza a vivir con sus primas y empieza a realizar trabajos independientes.

Esfera Cognitiva. En cuanto a la esfera cognitiva, fue consciente de su enfermedad, y de las dificultades que está teniendo actualmente, suele tener una mirada desviada por momentos, pero si logra mantenerse alerta durante toda la sesión; así mismo se evidencia creencias irracionales como; miedo a morir, que es lo que pasaría, miedo a estar solo; refiriendo que tienen una frecuencia constante.

Esfera Afectiva. El paciente presentó sentimientos de miedo, culpa, tristeza, frustración, debido a que se encontraba lejos de su entorno familiar y de su pareja por motivo de trabajo, así mismo presentó miedo y necesidad de estar acompañado en todo momento, señalando que lloraba con una frecuencia de hasta 8 veces al día con una duración de diez minutos.

Se evidenció también movimientos constantes de manos y parpadeos; así mismo refiere que sentía palpitaciones, nerviosismo, ansiedad ante situaciones estresantes como el dinero, el trabajo, su familia y su pareja; reflejando desgano, cansancio, desinterés de hacer las cosas habituales, también menciona la falta de apetito, perdiendo peso, aproximadamente cinco kilos.

Freddy señaló que cuando se mira al espejo se siente y ve feo, horrible, que él no era así antes, que quiere recuperar la estabilidad emocional de antes.

Aduce que antes había presentado algunos signos y síntomas muy leves debido a situaciones de estrés, pero actualmente siente que esos síntomas han empeorado y sintió la necesidad de llevar un tratamiento psiquiátrica y psicoterapia psicológica.

2.4 Informe Psicológico

Datos generales:

Apellidos y Nombres	: Freddy
Fecha y lugar de nacimiento	: 24 /11/95 - Cajamarca
Procedencia	: Comas
Edad	: 25 años
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Estado Civil	: Soltero
Ocupación	: Operario
Informante	: Paciente
Fechas de evaluación	: 07, 14, 21 y 28 de marzo del 2021
Instrumentos	: Escala de Ansiedad de Zung Inventario de Estilos de personalidad- MIPS Escala de Depresión de Zung Frases incompletas de Sacks Test de matrices progresivas de Raven Pre test – Conflicto de pareja
Responsable	: Bach. Psi. Denisse Rosales Santiago

Motivo de Consulta:

El paciente indicó que deseaba asistir a consulta psicología para tener conocimiento de los diferentes síntomas que le habían afectado en su vida habitual cómo el tener miedo a morir, pensamientos irracionales, constantes preguntas sobre qué pasaría si llegará a morir, insomnio, falta de apetito, temblores musculares involuntarios en las piernas, llanto frecuente, señalando un aproximado de ocho veces al día, la irritabilidad, agresividad, falta de comprensión y comunicación que están afectando a su relación de pareja y así prevenir futuras complicaciones respecto a su salud mental.

Observaciones Generales y de Conducta

Paciente asistió a consulta psicológica con puntualidad. Es de tez blanca, estatura promedio, contextura delgada, de cabello corto y aparenta su edad cronológica, se muestra con vestimenta acorde a la estación, con un adecuado arreglo y aseo personal. Se encontró lúcido, orientado en tiempo, lugar y persona, así también muestra una postura encorvada. Durante el proceso de evaluación, maneja un adecuado lenguaje de forma espontánea, fluida y con coherencia, se evidencia un adecuado tono de voz, establece contacto visual, apertura y confianza. Respecto al relato durante la consulta, se mostró expresivo, por momentos visualiza a varios sitios, no hay un punto fijo visual, también se observa movimientos en las piernas y manos.

Interpretación de los Resultados

El paciente presentó un CI = 25, lo cual se ubica en un nivel intelectual inferior al término medio, esto significa que el 75% de personas supera su coeficiente

intelectual y se asociaría a su máximo nivel de instrucción, que es hasta secundaria completa.

En relación con sus rasgos de personalidad, se mostró con indicadores de tendencia al ser una persona que en ciertas situaciones puede optar por un pensar, sentir o reaccionar de forma autodestructiva, en el cual evidencia irregularidad en las relaciones interpersonales. Así mismo, presenta ciertos rasgos distímicos, pero no cumplen con la recurrencia de más de 2 años para los criterios diagnósticos; como, falta o exceso de apetito, insomnio o hipersomnias, baja energía o fatiga, baja autoestima, Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza, por otro lado, se evidencia un indicador leve de estrés postraumático, ya que con anterioridad venía presentado hechos en su vida que le generaban angustia, pero que actualmente han disminuido.

Por otro lado, se mostró que es una persona que enfrenta los desafíos, deseo de tener nuevas experiencias, encontrándose en un estado alerta, siendo una persona reflexiva, por la cual toma decisiones adecuadas para sí mismo.

Presentó una capacidad para adecuarse a situaciones de tensión, suelen no participar en situaciones sociales, donde se evidencia un grado de formalidad. En algunas situaciones muestra cierta confianza en sí mismo, actuando con cautela, siendo también una persona competitiva, siendo así respetuoso y tradicional.

Así mismo se evidenció la presencia de un desorden en el pensamiento, en el cual le está generando cierta afectación a nivel afectivo; presentando síntomas como; tristeza, insomnio, temores, miedos irracionales, desgano, falta de apetito. Evidenciando estos síntomas en situaciones determinadas.

En sus relaciones sociales, presentó la necesidad de compañía y ser reconocido por el grupo de pares. Frente a la actitud acerca de sus temores, presenta

miedo a enamorarse, así mismo el evaluado denota pena acerca de cómo se siente, no poder trabajar, disminuye sus capacidades para socializar con el entorno laboral, así también presenta sentimientos de culpa por no lograr sus metas para estudiar una carrera profesional. Denota que siente rechazo acerca de imagen personal, sintiéndose feo.

Así mismo, se evidenció un nivel de ansiedad leve, sin embargo, antes del tratamiento psiquiátrico manifestaba un conjunto de síntomas asociados al TP como son: creencias irracionales (miedo a morir), temblores en partes del cuerpo, dolores en el estómago y muscular, sudoración, palpitación, así también presenta sentimientos de culpabilidad, ya que refiere que le hubiera gustado tener una carrera profesional, y también refiere que siente la necesidad de cercanía a sus padres, así mismo ocasionalmente aparecen algunos de estos síntomas como; insomnio, temores, creencias irracionales, el miedo a retroceder y tener los mismos síntomas del inicio.

Emocionalmente se evidenció preocupación por los hechos que le están sucediendo y por lo que vendrá, así mismo refleja confianza porque saldrá de la problemática actual en la que se encuentra.

Historia Familiar

Respecto al entorno familiar, sus padres mantienen una buena relación con sus hijos; su padre trabaja en Cajamarca en la chacra; así mismo refiere que siente la necesidad de cercanía, indicando que desea que su padre deje el hábito inadecuado del consumo de alcohol.

Refiere que su padre consume alcohol los fines de semana. Así también señala que su padre hace unos años también tuvo los mismos síntomas que él, siendo medicado y la cual acepta estar en un cuadro ansioso; y actualmente está controlado.

Refiere que eran seis hermanos y que dos de ellos fallecieron de niños. Por otro lado, su madre realiza trabajos en el hogar, ama de casa, mantiene una buena relación con ella; señala que le tiene más confianza con ella, así mismo refiere que siempre ha tenido mucha cercanía con sus primos que viven en Lima, los considera como sus hermanos.

Por otro lado, sus primos lo estaban apoyando por la situación en la que está pasando, quedándose a vivir en casa de uno de ellos.

Conclusiones

Por lo expuesto previamente se concluye que el paciente se encuentra en una situación de malestar, evidenciando síntomas de un cuadro de ataque de pánico como; sudoración, dolor general en el cuerpo, temblores, creencias irracionales respecto al miedo a morir, dificultad para respirar. Así mismo presenta llanto constante en la primera semana, el cual se le hace difícil manejar y mantenerse emocionalmente estable.

Así mismo se evidencia que los síntomas depresivos identificados previamente a las sesiones de psicoterapia, han disminuido notablemente debido al entrenamiento realizado y la motivación respectiva del paciente hacia su tratamiento.

Respecto a la relación de pareja actual, se observa una mejora respecto al a los síntomas como; control de impulsos, celos, comunicación asertiva, empatía, trayendo como consecuencia la unión afectiva en cuanto su entorno familiar nuclear; sus padres y hermanos, dando fortaleza y motivación para continuar con el tratamiento.

Por último, respecto al entorno social, no es dependiente a ello, pero actualmente ha perdido contacto con su entorno laboral.

Sugerencias y Recomendaciones

Psicoterapia Cognitiva y conductual hacia el Ataque de pánico, síntomas depresivos y conflictos de pareja

Continuar con el tratamiento psiquiátrico hasta que el médico lo finalice.

Seguir fomentando la psicoeducación y poner en práctica de las herramientas brindadas durante las sesiones de psicoterapia.

Brindar conocimiento a la familia acerca de las dificultades que está presentando actualmente, ya que es importante el apoyo familiar y de pareja.

2.5 Identificación del Problema

De acuerdo a la información obtenida, se logra concluir que el paciente presenta indicadores ansiosos y depresivos, la cual se ve reflejado en la problemática actual, disminución en la necesidad de realizar las actividades habituales, necesidad de estar acompañado, así también se identifica signos y síntomas como movimientos constantes, en las manos y ojos, preocupaciones, acompañadas de creencias irracionales como el miedo a morir, temores a estar solo. Todo ello, limitándolo a continuar laborando, hallando refugio en el ámbito social y familiar; en el cual presentaba síntomas de tristeza, baja autoestima, soledad y desmotivación.

Tabla 1

Problema identificado 1: Ataque de pánico

ESTÍMULO ANTECEDENTE	CONDUCTA	ESTÍMULO CONSECUENTE
EXTERNO	COGNITIVO	EXTERNO
Cuando me siento solo	"Tengo miedo a morir" "No puedo respirar"	"Necesito estar acompañado"
INTERNO	EMOCIONAL	
Que la gente se aburra de mi	Ansiedad 9/10	
	FISIOLÓGICO	
	No puedo respirar Sudoración Sequedad de la boca Falta de apetito Desmotivación	

Tabla 2

Problema identificado 2: Síntomas depresivos

ESTÍMULO ANTECEDENTE	CONDUCTA	ESTÍMULO CONSECUENTE
EXTERNO	COGNITIVO	EXTERNO
Distanciamiento con la familia	"Quisiera estar con mis padres, pero no puedo"	Indiferencia del padre Desmotivación laboral
INTERNO	EMOCIONAL	INTERNO
Culpable por haberse alejado	Tristeza Frustración	"Me siento solo"
	FISIOLÓGICO	
	Falta de apetito	
	CONDUCTUAL	
	Dificultad para concentrarse	

Tabla 3

Problema identificado 3: Conflictiva en relación a sus situaciones amorosas

ESTÍMULO ANTECEDENTE	CONDUCTA	ESTIMULO CONSECUENTE
EXTERNO	COGNITIVO	EXTERNO
Discusión de pareja, celos	"Porque me pongo celoso" "No puedo controlarme"	"Problemas con mi familia por ella"
INTERNO	EMOCIONAL	INTERNO
Se siente culpable por el conflicto	Frustración Tristeza	"Estaba mal" "No me siento capaz de tener una relación" "Nadie me quiere"
	FISIOLÓGICO	
	Insomnio	

CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCION TERAPEUTICA

3.1 Especificación de los objetivos del tratamiento

Objetivo General

Modificar la conducta, a nivel emocional, cognitivo y fisiológico, a través de un programa de intervención basado en la psicoterapia cognitivo conductual en un caso con problemas de ataque de pánico, depresión y de relación de pareja.

Objetivos Específicos

Psicoeducar al paciente respecto al estigma en la salud mental.

Dar a conocer la información correspondiente acerca del Ataque de pánico.

Definir específicamente a lo que refiere a la Respiración Diafragmática

Realizar el paso a paso de forma adecuada de la respiración, para lograr el objetivo indicado.

Brindar la psicoeducación respectiva acerca de la Relajación muscular progresiva.

Facilitar los pasos correspondientes para diferenciar entre la tensión y la relajación frente a situaciones que provocan ataque de pánico.

Establecer la psicoeducación respecto a los síntomas depresivos.

Mostrar las características correspondientes acerca de las conductas asertivas.

Aplicar las conductas asertivas y adecuarlas ante situaciones problema de tipo depresivo.

Modificar los pensamientos disfuncionales de sí mismo, del mundo y de su futuro hacia pensamientos más funcionales.

Brindar la psicoeducación respectiva acerca de la exposición graduada.

Desarrollar la exposición graduada, de manera imaginativa, hacia las situaciones problema de tipo depresivo.

Explicar los antecedentes respecto hacia los conflictos de pareja.

Identificar las conductas disfuncionales en relación a sus situaciones amorosas que le impiden expresar sus emociones y sentimientos.

Establecer los pensamientos disfuncionales que están afectando en las relaciones amorosas.

Ensayar nuevas conductas asertivas que pudieran mejorar sus relaciones de pareja.

Promover la exposición graduada, de manera imaginativa, hacia las situaciones problema en sus relaciones de pareja.

Promover el uso del auto registro para identificar las conductas funcionales aprendidas y las conductas disfuncionales que requerirían ser mejoradas. Además de la aplicación del post test.

Reforzar las conductas funcionales aprendidas y sugerir nuevas estrategias de mejora hacia las conductas disfuncionales aún presentes.

Recoger la autovaloración del proceso terapéutico y brindar pautas de cómo manejar las situaciones problema (ataque pánico, depresión y relación de pareja), a través de conductas más funcionales.

3.2 Diseño de estrategia de intervención

Figura 1

Problema 1: Ataque de pánico

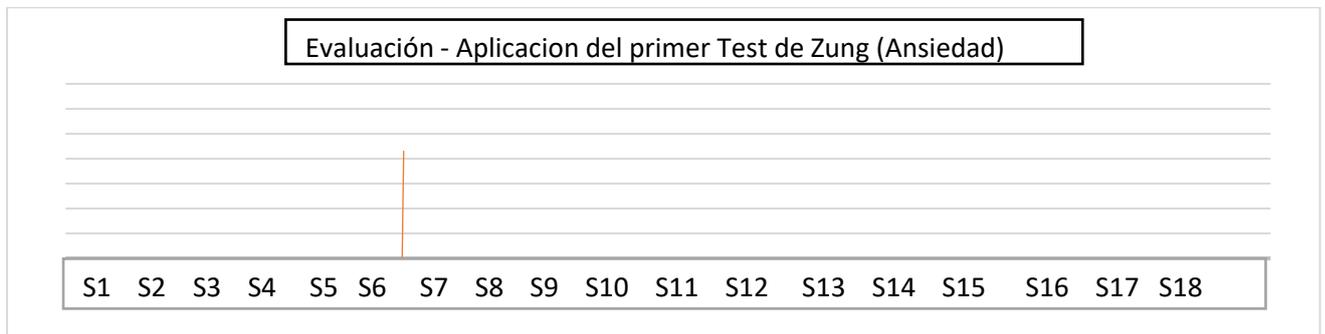


Figura 2

Problema 2: Síntomas depresivos

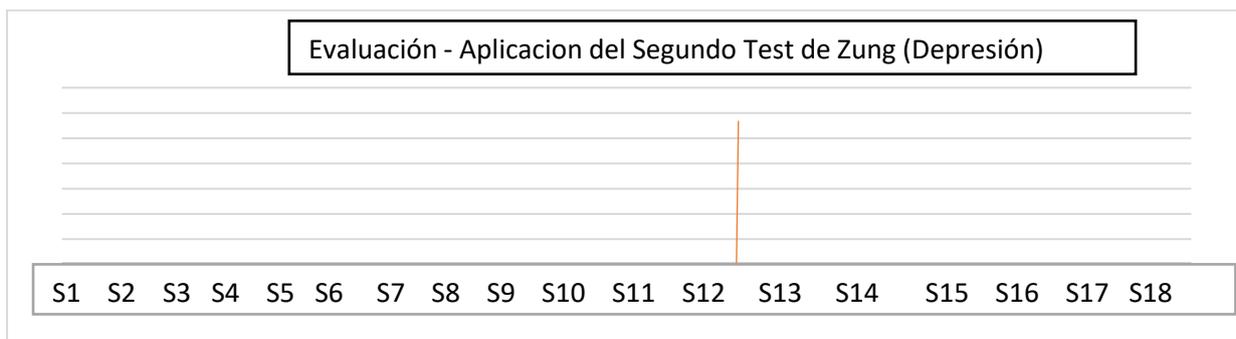
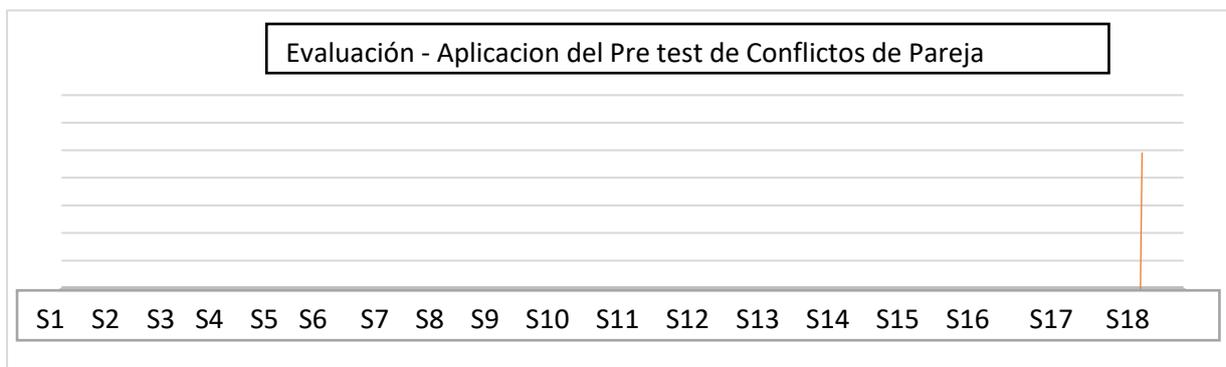


Figura 3

Problema 3: Conflicto de pareja



Se inicia la recolección de datos, personales, familiares y patológicos asociados al trastorno de ansiedad, haciendo lo descartes correspondientes y llegar a la conclusión que se evidencian criterios hacia un ataque de pánico.

El programa de intervención psicológica partió de una línea base, por medio de los instrumentos, tales como; el Inventario de Ansiedad de Zung (Zung, 1965), el cual mide los síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales; Inventario de Depresión de Beck (Beck, 2012), el cual mide los síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión; y el Test de frases incompletas de Sacks (Sacks & Levy, 1959), la cual analiza aquellos pensamientos inconscientes y características de la personalidad.

La intervención consta de diecinueve sesiones terapéuticas, más dos sesiones de seguimiento.

En la Primera sesión, se inicia estableciendo una adecuada alianza terapéutica acerca de las sesiones que se llevará a cabo. Se realiza la psicoeducación acerca del estigma en la salud mental.

En la Segunda sesión, así mismo se le informa al paciente acerca de la enfermedad de Trastorno de ansiedad (ataque de pánico), que pueda comprender sus diversas sintomatologías, características, y consecuencias a nivel personal, familiar, laboral, y la importancia de la adherencia al tratamiento y disminución de los índices de recaída.

En la Tercera sesión, inicialmente se absuelven las dudas respecto al ataque de pánico, Psicoeducación acerca de la enfermedad actual.

En la Cuarta sesión, se realizará detalladamente acerca de la técnica de Respiración Diafragmática

En la Quinta sesión, se brindará la psicoeducación respectiva respecto a la técnica de relajación muscular progresiva.

En la Sexta sesión, se realizó el procedimiento acerca de la identificación de la tensión y relajación, así mismo encontrar la diferencia entre ambos.

En la Séptima sesión, se brindará la psicoeducación acerca de los síntomas depresivos.

En la Octava sesión, se explicará acerca de las características en cuanto a las conductas asertivas.

En la Novena sesión, se le brinda las indicaciones correspondientes al paciente, donde se le enseñara conductas asertivas en cual las ponga en práctica en situaciones de tipo depresivo. Se realizará la técnica del entrenamiento asertivo.

En la Décima sesión, se realizará la identificación de aquellos pensamientos disfuncionales que repercuten en el paciente.

En la Décimo Primera sesión, se llevará a cabo la psicoeducación respecto a la exposición graduada absolviendo las dudas correspondientes.

En la Décimo Segunda sesión, se promovió una exposición graduada, en la cual se realizó de manera imaginativa hacia situaciones problemas de tipo depresivo. Se realizó la técnica de Exposición graduada.

En la Décimo Tercera sesión, explicar la base acerca de los conflictos de pareja, brindando nuevos conocimientos para el paciente.

En la Décimo Cuarta sesión, se identificará aquellas conductas disfuncionales en relación a su pareja, la cual no le permiten expresar las emociones y sentimientos de forma adecuada.

En la Décimo Quinta sesión, se realizará la identificación de los pensamientos disfuncionales que pueden estar afectando al paciente dentro de sus relaciones amorosas.

En la Décimo Sexta sesión, se establecerá nuevas situaciones asertivas para la modificación de los pensamientos y conductas.

En la Décimo Séptima sesión, se inició con una exposición graduada, en la cual se lleva a cabo de manera imaginativa, hacia aquellas situaciones problema respecto a sus relaciones de pareja.

En la Décimo Octava sesión, se le indicó el auto registro de aquellas conductas funcionales aprendidas y así mismo también de aquellas conductas que deben ser mejoradas, así mismo en la cual se tendrá que realizar durante las próximas sesiones. Se realizó la técnica del auto registro.

En la Décimo noveno – Seguimiento 1, se realizó la primera sesión de seguimiento, en la cual se lleva a cabo el reforzamiento de las conductas funcionales aprendidas y así mismo sugerir nuevas estrategias para aquellas conductas disfuncionales aun presentes. Se ejecutó la retroalimentación respectiva, después de las sesiones que se realizando durante la psicoterapia.

En la Vigésima sesión – seguimiento 2, Se inició la segunda sesión de seguimiento, donde se recogerá aquellas autovaloraciones respecto al proceso terapéutico que tuvo así mismo, por otro lado, se le brindó pautas de cómo manejar las situaciones problema como; (ataque pánico, depresión y relación de pareja), a través de conductas más funcionales.

3.3 Aplicación del Tratamiento y Procedimiento

El programa propuesto tiene orientación cognitiva conductual y consta de 18 sesiones psicoterapéuticas y dos sesiones de seguimiento, que a continuación se detallará.

Tabla 4
Primera sesión

Objetivos	Establecer la alianza terapéutica Psicoeducar al paciente respecto al estigma en la salud mental.
Técnicas	Psicoeducación y dialogo expositivo

En primer lugar, se realizará la presentación acerca de lo que se llevará a cabo en la sesión, después de ello se establecerá la alianza terapéutica con el paciente; así mismo se iniciará la sesión donde se le brindará al paciente la información acerca del estigma en la salud mental.

Terapeuta: Buenas tardes Freddy, el día de hoy iniciaremos una breve introducción de cómo se llevará a cabo las próximas sesiones para tratar aquellos síntomas que han tenido afectación en tu día a día. Es por ello que todo lo hablemos en las sesiones quedaran estrictamente en privado y de esa misma manera te brindaremos las herramientas correspondientes para un adecuado tratamiento.

Paciente: Buenas tardes Doctora. Gracias por la confianza que me está brindando, espero contar con su ayuda durante estas semanas que duren las sesiones de terapia.

Tabla 5

Segunda Sesión

Objetivos	Dar a conocer la información correspondiente acerca del Ataque de pánico.
------------------	---

	Psicoeducación
Técnicas	Dialogo expositivo
	Tarea para casa

Se iniciará la sesión con la psicoeducación respectiva acerca del Ataque de Pánico, explicando detalladamente lo que conforma. Después de ello se le indicará al paciente que debe realizar una búsqueda de información para que así pueda tener un conocimiento total y amplio.

Terapeuta: Buenas tardes Freddy, hoy iniciaremos con la psicoeducación acerca del Ataque de pánico, sus síntomas, características, causas y otros para que de esta manera puedas tener un conocimiento más amplio.

Paciente: Buenas tardes Doctora, estaré atento a sus enseñanzas y así conocer más acerca de lo que padezco.

Tabla 6

Tercera Sesión

Objetivos	Definir específicamente a lo que refiere a la Respiración Diafragmática
Técnicas	Técnica de respiración diafragmática
	Tarea para casa

Se inicia la sesión con la tarea para casa indicada en la sesión anterior.

Proporcionar la información correspondiente acerca de la técnica a emplear y indicando los beneficios que producirán al paciente.

Tabla 7

Cuarta Sesión

Objetivos	Realizar la técnica de respiración diafragmática
Técnicas	Técnica de Respiración Diafragmática Dialogo expositivo Tarea para casa

Se realizará la sesión con el dialogo expositivo, así mismo se realizará al paciente del paso a paso de la Técnica de Respiración diafragmática, al finalizar se le dará las indicaciones de la tarea para casa.

Terapeuta: Buenas Tardes Freddy, hoy te brindare una de las primeras técnicas para el manejo de la ansiedad, esta técnica se utiliza para un adecuado manejo respecto a nuestra respiración, realizándola con el diafragma, así también te brindara las pautas y la forma correcta de realizarlo.

Paciente: Buenas tardes Doctora, pondré en práctica a todo lo que me indique para así mejorar cada día.

Tabla 8

Quinta Sesión

Objetivos	Brindar la psicoeducación respectiva acerca de la Relajación muscular progresiva.
Técnicas	Psicoeducación Técnica Relajación muscular progresiva

Se iniciará la sesión verificando si realizó la tarea dejada en la sesión anterior. Así también se realizará la psicoeducación respectiva a cerca de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, explicando la diferencia entre la tensión y relajación respectiva.

Tabla 9

Sexta Sesión

Objetivo	Diferenciar entre la tensión y la relajación frente a situaciones que provocan ataque de pánico.
Técnicas	Técnica de exposición graduada Tarea para casa

Se realizará la verificación de la tarea dejada en la sesión anterior.

Al iniciar la sesión se llevará a cabo el paso a paso de la técnica respectiva, para que así el paciente pueda identificar la diferencia entre situaciones de tensión y relajación.

Tabla 10

Séptima Sesión

Objetivos	Establecer la psicoeducación respecto a los síntomas depresivos.
Técnicas	Técnica de control de estímulos Tarea para casa

Se iniciará la sesión preguntando a la paciente acerca de la sesión anterior, en cómo se ha estado sintiendo en la semana. Después de ello se llevará a cabo la explicación respecto a los síntomas depresivos.

Tabla 11

Octava Sesión

Objetivos	Indicar las características correspondientes acerca de las conductas asertivas.
------------------	--

	Técnicas asertivas
Técnicas	Dialogo expositivo
	Tarea para casa

Se inicia la sesión, y se le preguntará al paciente acerca de la técnica que se realizó la sesión anterior, y en que situaciones la puso en práctica. Luego se brindará la información respectiva a cerca de lo que refiere a las características de las conductas asertivas.

Terapeuta: Buenas tardes Freddy, realizaremos la técnica enseñada en la sesión anterior y así corrección necesaria si es que lo hubiera. Así también conoceremos más acerca de aquellas conductas asertivas y ponerlas en práctica en situaciones de conflicto.

Paciente: Sí, doctora me pongo a su disposición para realizar la técnica que me dejo como tarea, y conocer acerca de las conductas asertivas que me indica.

Tabla 12

Novena Sesión

Objetivos	Aplicar las conductas asertivas y adecuarlas ante situaciones problema de tipo depresivo.
Técnicas	Fortalecimiento de las conductas asertivas Tarea para casa

Se le preguntará al paciente como ha ido mejorando respecto a las sesiones anteriores, si puso en práctica las técnicas brindadas. Así mismo se le informará acerca de la técnica a realizar; donde se le enseñará llevará a cabo el fortalecimiento de conducta a mejorar.

Tabla 13

Décima Sesión

Objetivos	Modificar los pensamientos disfuncionales de sí mismo pensamientos más funcionales
Técnicas	Debate socrático Tarea para casa

Se iniciará la sesión preguntándole al paciente en cómo ha mejorado en el transcurso de los días aplicando la técnica brindada. Después de ello se iniciará la sesión identificando aquellos pensamientos disfuncionales.

Tabla 14

Décimo primera Sesión

Objetivos	Brindar la psicoeducación respectiva acerca de la exposición graduada.
Técnicas	Psicoeducación Exposición Graduada

Se iniciará la sesión preguntando al paciente en cómo le ha ido aplicando las técnicas enseñadas previamente. Se realizará la psicoeducación dando a conocer acerca de la técnica de exposición graduada.

Tabla 15

Décimo segunda Sesión

Objetivos	Desarrollar la exposición graduada
Técnicas	Exposición graduada Tarea para casa

Se iniciará la sesión preguntando al paciente como le fue realizando las técnicas propuestas anteriormente; después de ello se llevará a cabo la técnica de exposición graduada de forma imaginativa estableciendo en las situaciones de tipo depresivas.

Tabla 16
Décimo tercera Sesión

Objetivos	Psicoeducación respecto hacia los conflictos de pareja.
	Psicoeducación
Técnicas	Dialogo expositivo
	Tarea para casa

Se iniciará la sesión preguntando al paciente si realizó la tarea previa, aplicando las técnicas enseñadas. Por otro lado, se le brinda al paciente la información y dialogo respectivo acerca de los conflictos de pareja.

Terapeuta: Freddy el día de hoy iniciaremos la sesión con la tarea que te deje en la sesión anterior y así conocer como la has estado poniendo en práctica y después de ello continuaremos con la psicoeducación respecto a los conflictos de pareja.

Paciente: Si doctora está correcto, y así me pueda corregir si realice de forma adecuada la técnica.

Tabla 17
Décimo cuarta Sesión

Objetivos	Identificar las conductas disfuncionales en relación a sus situaciones amorosas.
	Dialogo expositivo
Técnicas	Columnas Paralelas
	Tarea para casa

Se iniciará la sesión preguntándole al paciente como le ha ido durante la semana.

Así también se llevar a cabo la identificación de aquellas conductas disfuncionales que están afectando en cuanto a las relaciones amorosas del paciente.

Terapeuta: Buenas tardes Fredy, hoy identificaremos aquellas conductas disfuncionales que se han estado presentando durante estos meses.

Paciente: Buenas tardes doctora, si estoy de acuerdo con la técnica a emplear para tener más claro sobre las conductas disfuncionales.

Tabla 18
Décimo quinta Sesión

Objetivos	Identificar los pensamientos disfuncionales
	Dialogo expositivo
Técnicas	Pensamientos disfuncionales
	Tarea para casa

El paciente tendrá que identificar aquellos pensamientos disfuncionales que están afectando su día a día respecto a sus relaciones de pareja y así poder mantener un adecuado control en las siguientes sesiones a realizar.

Terapeuta: Freddy, hoy verificaremos la lista de las conductas a identificar que se te dejaron en la sesión pasada, y así también realizaremos una nueva lista para la identificación de aquellos pensamientos disfuncionales.

Paciente: Buenas tardes doctora, si realice la tarea dejada en la sesión. Gracias por la ayuda y por las técnicas que me brinda en cada sesión.

Tabla 19
Décimo sexta Sesión

Objetivos	Establecer conductas asertivas para la mejora en las relaciones de pareja.
-----------	--

Técnicas	Conductas asertivas Tarea para casa
-----------------	--

Se iniciará la sesión realizando las preguntas pertinentes al paciente, así también se establecerá conductas asertivas para el mayor control y manejo en cuanto a sus emociones y relaciones de pareja.

Tabla 20
Décimo séptima Sesión

Objetivos	Realizar la exposición graduada
Técnicas	Exposición graduada Tarea para casa

La sesión se iniciará poniendo en práctica el paso a paso de la exposición graduada de forma imaginativa para la mejoría respecto a las relaciones de pareja, así también se le dará instrucciones para que el paciente lo pueda realizar en su casa.

Tabla 21
Décimo octava Sesión

Objetivos	Realizar el auto registro de situaciones problema y de mejora
Técnicas	Técnica de auto registro Tarea para casa

Se iniciará la sesión preguntando al paciente como a estado durante la semana y verificar si empleo la técnica enseñada. Se realizará la técnica de auto registro para evidenciar en cómo ha mejorado en las sesiones anteriores y su respectiva retroalimentación. Se le indica al paciente que la siguiente sesión será en dos semanas.

Tabla 22*Décimo novena sesión - Seguimiento 1*

Objetivos	Reforzar las conductas funcionales
Técnicas	Retroalimentación

Se iniciará la sesión preguntando al paciente como le ha ido después de las dos semanas de sesión, se comprueba el uso de las técnicas aprendidas durante las sesiones. Se reforzará al paciente las conductas funcionales aprendidas y sugerir nuevas estrategias de mejora hacia las conductas disfuncionales aún presentes.

Se le indica al paciente que la próxima sesión será en cuatro semanas.

Tabla 23*Vigésima sesión - Seguimiento 2*

Objetivos	Autovaloración del proceso terapéutico
Técnicas	Retroalimentación

Se iniciará la sesión preguntando al paciente como se ha sentido durante las semanas que no tuvimos sesión y si ha estado aplicando las técnicas brindadas. Se recogerá la autovaloración del proceso terapéutico del paciente y también se le brindará pautas de cómo manejar las situaciones problema (ataque pánico, depresión y relación de pareja), a través de conductas más funcionales.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Se evidencia la efectividad del tratamiento según los resultados en las pruebas utilizadas durante el plan de intervención, los cuales se realizaron al inicio el tratamiento (pretest) y luego al finalizar (post-test).

4.1 Línea Base

Línea base: Trastorno de Pánico

Se inició la aplicación del test de escala de Zung para evaluar el nivel de ansiedad.

Tabla 24

Línea base: Evaluación Trastorno de Pánico

Evaluación	Intensidad
Test de escala de Zung	62/100 (Moderado)

Se realizó la aplicación del test de escala de Zung para evaluar el nivel de síntomas depresivos.

Tabla 25

Línea base: Depresión

Evaluación	Intensidad
Test de escala de Zung	58/100 (Leve)

Se realizó la aplicación del pre test, respecto a los conflictos de pareja.

Tabla 26*Línea base: Conflictos de Pareja*

Evaluación	Intensidad
Pre test (Conflictos de Pareja)	Se le realizaron preguntas al evaluado en la cual tenían referencia a la frecuencia e intensidad, motivo, emociones y pensamientos en cuanto a los conflictos de pareja.

4.2 Intervención

Se realizaron dieciocho sesiones, en la cual en las seis primeras sesiones se llevaron a cabo acerca de los síntomas del trastorno de pánico, por lo tanto, se realiza una auto evaluación del paciente respecto a la intensidad.

Tabla 27*Intervención: Auto evaluación del Trastorno de Pánico*

Numero de Sesiones	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Intensidad	100	98	90	80	70	60

Se realizó una auto evaluación del paciente acerca de los síntomas depresivos en las sesiones 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

Tabla 28*Intervención: Auto evaluación de Síntomas Depresivos*

Numero de Sesiones	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Intensidad	100	95	84	70	60	50

Se realizo una auto evaluación del paciente acerca de los conflictos de pareja en la sesión 13, 14, 15,16,17 y 18.

Tabla 29*Intervención: Auto evaluación de Conflictos de Pareja*

Numero de sesiones	S13	S14	S15	S16	S17	S18
Intensidad	Se evidencio gran magnitud a cerca de los conflictos de pareja.	Indica disminución de aquellas conductas problemas que presento al inicio de la psicoterapia	la frecuencia de motivos de los conflictos han disminuido ya que tiene más control de impulsos en cuanto a las situaciones de conflicto de pareja	Menciona que la intensidad, y autoevaluación la cual hace mención que aquellas conductas que al inicio incentivaban al conflicto, han disminuido en gran nivel.		

Conforme a lo indicado en la Tabla 27 entre las sesiones 6 y 7 se aplicó el Test de Escala de Ansiedad – Zung (Trastorno de Pánico) para verificar en cuanto había mejorado la intensidad de los síntomas. Por otro lado, entre las sesiones 11 y 12 se aplicó el Test de Escala de Depresión -Zung (Síntomas Depresivos) para la

verificación según la disminución de aquellos síntomas depresivos. Así también entre las sesiones 17 y 18 se aplicó un post test para verificar en cómo se evidencia la disminución acerca de aquellos comportamientos que llevaban a un conflicto de pareja; por lo tanto, se hizo una comparación con el pre test aplicado al inicio de las sesiones.

Tabla 30

Evaluación intermedia: Trastorno de Pánico, Síntomas Depresivos y conflictos de Pareja

Trastorno de Pánico	
<i>Test de Escala de Ansiedad de Zung</i>	S6– S7
<i>Intensidad</i>	33
<i>Síntomas Depresivos</i>	
<i>Test de Escala de Depresión de Zung</i>	S11 – S12
<i>Intensidad</i>	34
<i>Conflictos de Pareja</i>	
<i>Post test</i>	S17– S18
<i>Intensidad</i>	Se realizó el post test en la cual se evidencia una notable disminución en cuanto a las situaciones problemas que presento al inicio cómo; frecuencia e intensidad, pensamientos, impulsos, emociones respecto a los conflictos de pareja.

4.3 Evaluación final

Se realizaron las pruebas correspondientes para evidenciar la evolución respecto a las situaciones problema a tratar.

Evaluación	Intensidad
<i>Trastorno de Pánico</i>	
Test de Zung de Ansiedad	34/100(normal)
<i>Síntomas Depresivos</i>	
Test de Zung de Depresión	28/100(normal)

<i>Conflictos de Pareja</i>	
Post test	Se realizó como evaluación final el uso del post test en la cual se evidencia la mejora respecto a aquellas conductas problema.

Tabla 31

Evaluación Final

4.4 Seguimiento

Sesiones de seguimientos.

En las sesiones de seguimiento se llevaron a cabo algunas técnicas a reforzar, cómo aquellas técnicas de relajación, los autorregistros; así también se realizó la retroalimentación respectiva, donde se le indica al paciente que pesar de que haya disminuido en gran totalidad acerca de los síntomas que presento inicialmente, puede que los vuelva a presentar en algún momento del día a día.

Tabla 32

Seguimiento 1-2

Seguimiento 1	Sesión 19
<i>Intensidad</i>	En la primera sesión de seguimiento se hizo la retroalimentación respectiva hacia aquellas situaciones que le causan ansiedad; así mismo se le indica al paciente la aplicación de las técnicas de relajación como; respiración diafragmática para aquellos síntomas como sentirse solo, respiración agitada y la relación imaginaria para el manejo y control de aquellas situaciones como estar lejos de la familia, y dolores musculares.

Seguimiento 2	Sesión 20
<i>Intensidad</i>	En la segunda sesión de seguimiento se lleva a cabo las recomendaciones respectivas hacia aquellos pensamientos irracionales, en la cual podría aplicarse el cuestionamiento socrático y de esa manera lograr estabilidad respecto a pensamientos irracionales.

CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Resumen

El caso presentado es de Freddy, un paciente de 25 años, lo cual indica que presenta síntomas ansiosos, depresivos y conflictos de pareja en la cual estaba afectando a nivel social, laboral y familiar desde el mes de febrero; debido a ello abandona el trabajo, ya que no podía controlar la situación problema en la que está padeciendo, así mismo presentaba insomnio, llanto constante, agitación, dolores musculares, dolores en el pecho, pensamientos irracionales, temor a permanecer solo y constantes conflictos de pareja. El paciente menciona que esta situación comienza cuando se encontraba laborando en Cuzco, él se encontraba fuera de su hogar, ya que él reside en Cajamarca, y no tenía parientes donde se encontraba, es por ello que se ve obligado a buscar ayuda y viaja a Lima, donde se encontraban sus primos y hermanos, pidiendo la asistencia psicológica y psiquiátrica. Respecto al núcleo familiar, él presenta un distanciamiento afectivo hacia sus padres, desde el día en que se va a culminar sus estudios a Lima cuando tenía 13 años e indica que no ha tenido

lazos afectivos con sus padres con frecuencia después de ello. Por otro lado, el paciente acude a psicología debido a que aquellos síntomas mencionados con anterioridad ya no los podía controlar, es por ello que comienza a asistir con frecuencia a sesiones psicológicas, iniciando una psicoterapia, en la cual se realiza un programa de intervención para la mejoría de su estado de salud mental, proponiendo objetivos semanales para su mejoría.

Por otro lado, el paciente refiere, “desde que inicie a asistir a psicología he empezado a notar el cambio notable de cómo me sentía, esas agitaciones, dolores musculares, insomnio, disminución del apetito, dolores en el pecho, llantos constantes, movimientos involuntarios, así también los pensamientos y miedo a morir ya no existen, han desaparecido. Actualmente, me siento bien, que puedo controlar cuando estoy en momentos estresantes, ya no me sucede lo de antes, siento que soy otra persona y esto me hace sentir tranquilo conmigo mismo y me causa felicidad porque pensé que nunca iba a terminar. Es más, creo que el sentir mal en su momento ha ayudado a que mi familia esté más unida y haya más comunicación entre nosotros, es tan reconfortante. Hubo una situación que afectó mi estado de ánimo, el recibir una noticia, el despido de mi trabajo, de un momento a otro me liquidaron y me sentí mal, no podía dormir, me sentía decaído, tenía dolores fuertes en el cuello y la cabeza; pero pude manejarlo solo duro unos cuatro días aproximadamente, en la cual la terapeuta me indicó que aplique las técnicas de relajación como la respiración diafragmática, la relajación progresiva para que pueda sentirme mejor. Luego de unos días me llamaron de otro trabajo y me aceptaron para comenzar a trabajar y sentí mucho miedo e inseguridad los primeros días, ya que sentí que no me iba a ir bien porque creí que todo lo haría mal, me sentía solo en un trabajo desconocido, no tenía amigos, no conocía a nadie, y cada vez que me mandaban a

hacer alguna función llamaba a mis compañeros de mi antiguo trabajo, solo para corroborar lo hacía bien, y sí estaba todo bien, pero sentía la necesidad de que alguien me dijera que no me había equivocado, entonces mientras pasaban los días”.

5.2 Conclusiones

Luego de la intervención psicológica con el programa establecido, cumpliendo en cada sesión con las técnicas aplicadas, objetivos planteados y realizando la evaluación del post-test, se evidencia una disminución significativa respecto a los síntomas ansiosos como; el temor a morir durante el rango de minutos, presión en el pecho, temblor muscular, insomnio, sudoración, así también sobre los síntomas depresivos se ha logrado disminuir como; pensamientos irracionales, conductas irracionales, sentimientos de culpa, irritabilidad, intranquilidad, tristeza, desesperanza.

Así también se registró en la autoobservación del paciente, la cual indica que está consciente de la gran mejoría que ha presentado en estos meses gracias a la práctica de las técnicas propuestas y a la motivación del paciente para aplicarlas y ser constantes, es por ello que se logra las siguientes conclusiones.

Se logró la disminución y mejora respecto a aquellos síntomas ansiosos que refieren hacia el de ataque de Pánico debido a la problemática inicial en su salud mental, la cual promovió a que su entorno familiar sea más unido a él y así mismo tengan conciencia y conocimiento acerca de lo que padece el paciente, logrando la empatía, comunicación asertiva y compromiso.

Se evidencia un notable avance respecto a los síntomas que indico el paciente al inicio de las sesiones, que estaban afectando a su día a día como; los miedos, el

nerviosismo, la inseguridad, la disminución de la autoestima, temor a morir, dolores musculares, aceleración cardiaca, sudoraciones repentinas.

Se observa que el paciente ha logrado el manejo en cuanto a aquellos síntomas depresivos como aquellos pensamientos irracionales, la irritabilidad, la tristeza, la culpabilidad, disminución en el sueño, falta de apetito, falta de energía.

Se evidenció la participación activa del paciente para cumplir con las tareas indicadas para realizar en casa, como la aplicación de las técnicas facilitadas durante las sesiones.

Se ha logrado el manejo y control respecto a los conflictos de su pareja actual, como la mejoría a una adecuada comunicación asertiva, empatía, solución de problemas, disminución de la ira, control de impulsos, escucha activa; debido a la aplicación de las técnicas propuestas por cada sesión y también puestas en práctica como tarea para casa.

Para el beneficio del paciente se evidencia el encuentro de estudios que corroboran los resultados encontrados durante la aplicación de la tcc.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se precisa como un ataque de pánico, ya que no cumple los criterios establecidos para clasificarlo como un trastorno de Pánico.

5.3 Recomendaciones

Continuar asistiendo a sesiones de psicoterapia cuando se presente síntomas en las cuales el paciente no logró el manejo adecuado de ellas, considerando sesiones más prolongadas.

Realizar posterior a un año nuevamente la aplicación de las evaluaciones psicológicas para evidenciar la estabilidad emocional.

Aplicar las técnicas de relajación aprendidas hacia aquellas conductas ansiosas que puedan presentarse en algún momento de su vida.

Continuar con el manejo de la técnica de control de impulsos hacia las conductas que pueden traer como consecuencia un conflicto de pareja.

Seguir fomentando el acompañamiento familiar hacia el paciente ya que ello logra el impulso y motivación para continuar con el tratamiento.

REFERENCIAS

Aguirre, R. & Fassler, C. (2002). *Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas*. *Revista de la Cepal*, 77, 143-161. <https://bit.ly/3DEhTNU>

Asociación Americana de Psicología (2013). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5*. <https://bit.ly/3CVzRjH>

Bados, A. & García, E. (2011). *Técnicas Operantes, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, España*. <https://bit.ly/39GCodZ>

Beck, A., Emery, G., & Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

Beck, A. (2012). *El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente*. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>

Cabana, A. (2018). *La Depresión: un acercamiento desde el modelo cognitivo de Beck* [Tesis de Bachiller, Universidad de la Republica de Uruguay]. Repositorio de URU. <https://bit.ly/2Whfuqx>

Figuroa, G. (2002). La Terapia Cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(1), 46-62.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>

- Hernández, M., Horga, J., Navarro, F. & Mira, A. (s.f). *Trastornos de la Ansiedad y Trastornos de Adaptación en Atención Primaria. Guía de Actuación Clínica A.P.*
<https://bit.ly/3ETN33r>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). *Transformando el entendimiento y tratamiento de enfermedades mentales.* <https://bit.ly/3ocMj3n>
- Keawéaimoku, J., Godoy, A., Haynes, S., O'Brien, W. & Gavino, A. (2013). Análisis Funcional en Evaluación Conductual y Formulación de Casos Clínicos. *Clínica y salud*, 24(2), 117-127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Lazarus, R. & Lang, P. (2005). *Estudio sobre la Ansiedad.* Revista PsicologíaCientífica.com. <https://bit.ly/379v1Og>
- Lang, P. (1971). *Control de respuestas emocionales: Investigación y aplicaciones*, 11-12. [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid].
<https://bit.ly/3PbdDKj>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.* Ministerio de Sanidad y Consumo. <https://bit.ly/3icCy1s>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Manual de Codificación. CIE -10 Diagnósticos.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.
<https://bit.ly/3zJ7Pij>
- Moreno, A. (2013). *Concepciones de género y conflictos de pareja. Un estudio con parejas pobres heterosexuales en dos zonas urbanas de Sonora.* Culturales, 1(2), 91-118. <https://bit.ly/3qYSusB>
- Nuñez, G. (2007). *Vínculo de Pareja y hombría: atender y mantener en adultos mayores del Río Sonora*, 141- 183, México. <https://bit.ly/3AURjAj>

- Ojeda, C. (2003). Historia y Redescrición de la Anguita clínica. *La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(2), 95-102. <https://bit.ly/3kKb5G4>
- Osma, J. (2009). *Influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia: un estudio exploratorio* [Tesis de Doctorado, Universidad Jaume I]. Repositorio de Universidad Jaume I. <https://bit.ly/3EUy3IP>
- Rengifo, T. (2017). *Autoestima y ansiedad en estudiantes ingresantes a ciencias de la salud en una universidad privada* [Tesis de Pregrado de Bachiller, Universidad Científica del Perú]. Repositorio Institucional UCP. <https://bit.ly/3ueHS9r>
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Mal-estar E Subjetividades*, 3(1), 10-59. <https://bit.ly/2ZGODWt>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. <https://bit.ly/3kMHgoi>
- Villanueva, L. & Ugarte, K. (2017). Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. *Avances En Psicología*, 25(2), 153-169. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n2.351>
- Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*, 7(8). <https://bit.ly/3ocwTfN>
- Zazueta, E. & Sandoval, S. (2013). Concepciones de género y conflictos de pareja. Un estudio con parejas pobres heterosexuales en dos zonas urbanas de Sonora. *Culturales*, 1(2), 91-118. <https://bit.ly/3zNCVp0>

ANEXOS

Anexo A: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

El presente proyecto de estudio de caso, tiene como objetivo concientizar la conducta disfuncional a nivel Cognitivo, emocional y fisiológico a través de un programa de intervención, la cual se basa en la Psicoterapia Cognitiva Conductual en un caso de Trastorno de Ansiedad. Es por ello que se considera importante su participación y colaboración.

Por lo tanto, mencionarle que la información brindada durante todo el proceso de evaluación e intervención quedara totalmente en anónimo, sin ocasionar ningún tipo de consecuencia negativa. Así también indicar que la actividad es voluntaria y sin ningún beneficio monetario por parte hacia este proyecto.

Sí presenta cualquier pregunta ponerse en contacto con Denisse Adela Rosales Santiago, por medio del siguiente correo electrónico; denisseadela20@gmail.com.; la cual obtendrá respuesta inmediata.

Muchas gracias por su colaboración.

Consentimiento:

He leído el Consentimiento informado y estoy de acuerdo en participar en este proyecto de estudio caso. Teniendo en cuenta que puedo dejar de ser parte de esta actividad cuando lo desee sin tener algún tipo de problema. Así también tengo conocimiento de que no tendré ningún beneficio monetario.

Firma: _____



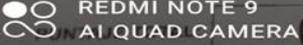
Anexo B: Escala de Ansiedad de Zung

ESCALA DE ZUNG
ANSIEDAD

16-03-21

NUMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. ME SIENTO MAS ANSIOSO Y NERVIOSO QUE DE COSTUMBRE	1	2	3	4
2. ME SIENTO CON TEMOR SIN RAZON	1	2	3	4
3. DESPIERTO CON FACILIDAD O SIENTO PANICO	1	2	3	4
4. SIENTO COMO SI FUERA A REVENTAR Y PARTIRME EN PIAZOS	1	2	3	4
5. SIENTO QUE TODO ESTA BIEN Y QUE NADA MALO PUEDE SUCEDER	4	3	2	1
6. ME TIEMBLAN LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS	1	2	3	4
7. ME MORTIFICAN LOS DOLORES DE CABEZA, CUELLO Y CINTURA	1	2	3	4
8. ME SIENTO DEBIL Y ME CANSO FÁCILMENTE	1	2	3	4
9. ME SIENTO TRANQUILO Y PUEDO PERMANECER EN CALMA FACIL.	4	3	2	1
10. PUEDO SENTIR QUE ME LATE MÁS RÁPIDO EL CORAZÓN	1	2	3	4
11. SUFRO DE MAREOS	1	2	3	4
12. SUFRO DE DESMAYOS O SIENTO QUE ME VOY A DESMAYAR	1	2	3	4
13. PUEDO INSPIRAR Y ESPIRAR FÁCILMENTE	4	3	2	1
14. SE ME ADORMECEN O HINCHAN LOS DEDOS (MANOS Y PIES)	1	2	3	4
15. SUFRO DE MOLESTIAS ESTOMACALES O DE INDIGESTIÓN	1	2	3	4
16. ORINO CON MUCHA FRECUENCIA	1	2	3	4
17. GENERALMENTE MIS MANOS ESTÁN SECAS Y CALIENTES	4	3	2	1
18. SIENTO BOCHORNOS	1	2	3	4
19. ME QUEDO DORMIDO FACILMENTE Y DESCANSO BIEN POR LA NOCHE	4	3	2	1
20. TENGO PESADILLAS	1	2	3	4


63

Anexo C: Escala de Depresion de Zung

ESCALA DE ZUNG
DEPRESIÓN

16-03-21

MARQUE CON UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

MUY	ALGUNAS	MUCHAS	CASI

Anexo D: Inventario de Estilos de Personalidad - MIPS

A continuación hay una lista de frases. Léalas atentamente y piense si lo que dicen describe o no su forma de ser. Si usted está de acuerdo, marque su respuesta en **V (verdadero)**. Si usted está en desacuerdo, piensa que no describe su forma de ser, marque **F (falso)** en la hoja de repuestas. Trate de ser lo más sincero posible. No hay respuestas Correctas o Incorrectas.

1. Soy una persona tranquila y colaboradora.
2. Siempre hice lo que quise y asumí las consecuencias.
3. Me gusta hacerme cargo de una tarea.
4. Tengo una manera habitual de hacer las cosas, con lo que evito equivocarme.
5. Contesto las cartas el mismo día que las recibo.
6. A veces me las arreglo para arruinar las cosas buenas que me pasan.
7. Ya no me entusiasman muchas cosas como antes.
8. Preferiría ser un seguidor más que un líder.
9. Me esfuerzo para tratar de ser popular.
10. Siempre he tenido talento para lograr éxito en lo que hago.
11. Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente.
12. Me siento incómodo cuando me tratan con bondad.
13. Con frecuencia me siento tenso en situaciones sociales.
14. Creo que la policía abusa del poder que tiene.
15. Algunas veces he tenido que ser algo rudo con la gente.

27. En los últimos tiempos me he convertido en una persona más encerrada en sí misma.
28. Tiendo a dramatizar lo que me pasa.
29. Siempre trato de hacer lo que es correcto.
30. Dependo poco de la amistad de los demás.
31. Nunca he estado estacionado por más tiempo del que un parquímetro establecía como límite.
32. Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quiero.
33. Me gusta acomodar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
34. A menudo los demás logran molestarme.
35. Jamás he desobedecido las indicaciones de mis padres.
36. Siempre logro conseguir lo que quiero, aunque tenga que presionar a los demás.
37. Nada es más importante que proteger la reputación personal.
38. Creo que los demás tiene mejores oportunidades que yo.
39. Ya no expreso lo que realmente siento.
40. Es improbable que lo que tengo para decir interese a los demás.
41. Me esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.
42. Me tomo con poca seriedad las responsabilidades que tengo.
43. Soy una persona dura, poco sentimental.
44. Pocas cosas en la vida pueden conmovirme.
45. Me tensiona mucho el tener que conocer y conversar con gente nueva.
46. Soy una persona cooperativa que se subordina a

50. Casi todo lo que intento hacer me resulta difícil.
52. Muy poco de lo que hago es voluntario por lo que se espera de mí.
54. Me gustaría cumplir con lo establecido y hacer lo correcto por lo que me imponen.
53. Puedo tener compromisos simultáneos si quiero.
53. Es imposible que las personas digan siempre la que piensan.
51. Aunque sea en silencio, por lo general digo lo que pienso en situaciones sociales.
19. Me beneficiaría poco si fuera más inteligente.
18. A menudo esbozo planes que no voy a hacer.
17. A veces me siento como si fuera un impostor.
16. Los demás se dan cuenta de que estoy tratando de ocultar algo.

22. Es correcto para mí decir lo que pienso de las cosas.
24. Me siento atraído por las personas que son diferentes.
23. Tengo pocas ideas nuevas que proponer.
25. Cero que soy mi peor enemigo.
21. Desearía que la gente no me enfurara a mi alrededor.
20. Cero que lo mejor es controlar mis emociones.
40. Con frecuencia me he sentido impotente con algunas situaciones.
48. Me gustaría cambiar algunas cosas de mi vida.
47. Me gustaría ser más responsable.

56. Hago mucho por los demás, pero hacen poco por mí.
57. Siempre he sentido que las personas no tienen una buena opinión de mí.
58. Me tengo mucha confianza.
59. Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.
60. Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.
61. Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.
62. Me siento mejor cuando estoy solo.
63. Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.
64. Generalmente trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener la razón.
65. Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.
66. Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por mi comportamiento.
67. Siempre termino mi trabajo antes de descansar.
68. Otros consiguen cosas que yo no logro.
69. A veces siento que merezco ser infeliz.
70. Espero que las cosas tomen su curso antes de decidir que hacer.
71. Me ocupo más de los otros que de mí mismo.
72. A menudo creo que mi vida va de mal en peor.
73. El solo estar con otras personas me hace sentir inspirado.
74. Cuando manejo siempre controlo las señales sobre límites de velocidad y cuidado no excederme.
75. Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.

88. Me siento satisfecho con dejar que las cosas ocurran sin interferir.
89. Trato de ser más lógico que emocional.
90. Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que solo se imaginan.
91. Me resulta difícil ponerme a conversar con alguien.
92. Ser afectuosos es más importante que ser frío y calculador.
93. Las predicciones del futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.
94. Me resulta fácil disfrutar de las cosas.
95. Me siento incapaz de influir en el mundo que me rodea.
96. Vivo en términos de mis propias necesidades, no basado en las de los demás.
97. No espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.
98. Evito contestar mal aun cuando estoy muy enojado.
99. La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.
100. A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.
101. Aún cuando era muy joven, jamás intenté copiar en un examen.
102. Siempre soy muy frío y objetivo al tratar con la gente.
103. Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular sobre por qué funciona de ese modo.
104. Soy una persona difícil de conocer bien.
105. Paso mucho tiempo pensando en los misterios de

77. Jamás envidio los logros de los otros.
78. En la escuela, me gustaron más las materias prácticas que las teóricas.
79. Planifico las cosas con anticipación y actúo enérgicamente para que mis planes se cumplan.
80. Mi corazón maneja mi cerebro.
81. Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.
82. A menudo espero que alguien soluciones mis problemas.
83. Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a otros.
84. Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.
85. Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.
86. Si algo sale mal, aunque no sea muy importante, se me arruina el día.
87. Disfruto más de las fantasías que de la realidad.
115. Algunos de mis mejores amigos desconocen realmente lo que siento.
116. La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.
117. Mi sentido de realidad es mejor que mi imaginación.
118. Primero me preocupo por mí y después por los demás.
119. Dedico mucho esfuerzo a que las cosas me salgan bien.
120. Siempre mantengo mi compostura, sin importar lo que esté pasando.
121. Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.
122. Pocas cosas me han salido bien.
123. Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.
124. Soy capaz de ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.
125. Prefiero preocuparme de realidades más que de posibilidades.
126. Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.
127. Los afectos del corazón son más importantes que la lógica de la mente.
128. Me gustan más los soñadores que los realistas.
129. Soy más capaz que los demás de reírme de los problemas.
130. Creo que es poco lo que puedo hacer yo, así que prefiero esperar a ver que pasa.
131. Nunca me pongo a discutir, aunque esté muy enojado.
144. Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.
145. Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.
146. Trato de no actuar hasta saber que van a hacer los demás.
147. Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de otros.
148. Muchas veces me siento mal sin saber por qué.
149. Me gusta ser muy popular, participar en muchas actividades sociales.
150. Raramente cuento a otros lo que pienso.
151. Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.
152. En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de los demás.
153. La mayor parte del tiempo la dedico a organizar los acontecimientos de mi vida.
154. No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.
155. Algunas veces estoy tenso y deprimido sin saber por qué.
156. Disfruto conversando sobre temas o sucesos míticos.
157. Decido cuales son las cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas.
158. No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.
159. Me enorgullece ser eficiente y organizado.
160. Me desagradan las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.
107. Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.
108. Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.
109. Jamás haré algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.
110. Mis amigos y familiares recurren a mí para encontrar afecto y apoyo.
111. Aún cuando todo está bien, generalmente pienso en que pronto va a empeorar.
112. Planifico con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.
113. Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.
114. Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.
- ánimo.

115. Algunos de mis mejores amigos desconocen realmente lo que siento.
116. La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.
117. Mi sentido de realidad es mejor que mi imaginación.
118. Primero me preocupo por mí y después por los demás.
119. Dedico mucho esfuerzo a que las cosas me salgan bien.
120. Siempre mantengo mi compostura, sin importar lo que esté pasando.
121. Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.
122. Pocas cosas me han salido bien.
123. Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.
124. Soy capaz de ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.
125. Prefiero preocuparme de realidades más que de posibilidades.
126. Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.
127. Los afectos del corazón son más importantes que la lógica de la mente.
128. Me gustan más los soñadores que los realistas.
129. Soy más capaz que los demás de reírme de los problemas.
130. Creo que es poco lo que puedo hacer yo, así que prefiero esperar a ver que pasa.
131. Nunca me pongo a discutir, aunque esté muy enojado.
144. Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.
145. Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.
146. Trato de no actuar hasta saber que van a hacer los demás.
147. Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de otros.
148. Muchas veces me siento mal sin saber por qué.
149. Me gusta ser muy popular, participar en muchas actividades sociales.
150. Raramente cuento a otros lo que pienso.
151. Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.
152. En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de los demás.
153. La mayor parte del tiempo la dedico a organizar los acontecimientos de mi vida.
154. No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.
155. Algunas veces estoy tenso y deprimido sin saber por qué.
156. Disfruto conversando sobre temas o sucesos míticos.
157. Decido cuales son las cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas.
158. No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.
159. Me enorgullece ser eficiente y organizado.
160. Me desagradan las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.

132. Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.
133. Me preocupo por el trabajo que hay que realizar y no por lo que siente la gente que participa de su realización.
134. Trabajar con ideas creativas sería lo ideal para mí.
135. Soy el tipo de persona que no se toma la vida muy en serio, prefiero ser más espectador que actor.
136. Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.
137. Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.
138. Disfruto más de las realidades concretas que de las fantasías.
139. Montones de hechos pequeños me ponen de mal humor.
140. Aprendo mejor observando y hablando con la gente.
141. No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente contemplarlas.
142. No me atrae conocer gente nueva.
143. Pocas veces se como mantener una conversación.
161. Soy ambicioso.
162. Sé como seducir a la gente.
163. La gente puede confiar en que voy a hacer bien mi trabajo.
164. Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.
165. Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.
166. Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.
167. Generalmente logro persuadir a los demás para que hagan lo que yo quiero que hagan.
168. Me gustan los trabajos en lo que hay que prestar mucha atención a los detalles.
169. Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.
170. Confío mucho en mis habilidades sociales.
171. Generalmente puedo evaluar las situaciones rápidamente, y actuar para que las cosas salgan como yo quiero.
172. En una discusión soy capaz de persuadir a casi todos para que apoyen mi posición.
173. Soy capaz de llevar a cabo cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.
174. Como si fuera un buen vendedor, puedo influir en los demás exitosamente, con modales agradables.
175. Conocer gente nueva es un objetivo importante para mí.
176. Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente involucrada.
177. Tengo paciencia para realizar trabajos que requieren mucha precisión.
178. Mi capacidad para fantasear es superior a mi sentido de realidad.
179. Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.
180. Tengo una forma de ser que logra que la gente enseguida guste de mí.

Anexo E: Frases Incompletas de Sacks

FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

Edad: 25 Fecha: 16-03-21

Ocupación: _____ Sexo: _____ Instrucción: _____

- 1.- Siento que mi padre rara vez *me trata mal*
- 2.- Cuando la mala suerte está en contra mía *Me siento mal*
- 3.- Yo siempre quise *ser profesional*
- 4.- Si yo fuera el que manda *sería feliz*
- 5.- Para mí el futuro parece *bien por des*
- 6.- Las personas que son mis superiores *enagoran me*
- 7.- Sé que es tonto pero tengo miedo de *dejar estar en las buenas y malas*
- 8.- Pienso que un buen amigo *jugueton*
- 9.- Cuando yo era niño *Quedarme con ella siempre*
- 10.- Mi idea acerca de la mujer ideal *ve bonito*
- 11.- Cuando yo veo a un hombre y a una mujer juntos *única*
- 12.- Comparada con la mayoría de las familias, la mía *profesor*
- 13.- En los estudios yo me entiendo mejor con mi *para ser un gran persona*
- 14.- Mi madre *se todo para mi*
- 15.- Daría cualquier cosa por olvidar el momento en que *estubo mal*
- 16.- Si mi padre pudiera tan solo *estaría desca*
- 17.- Yo creo que tengo la habilidad *para ser un gran persona*
- 18.- Yo sería muy feliz si *economica para estudiar*
- 19.- Si la gente trabajara para mí *los trataría bien*
- 20.- Me gustaría ser *un gran profesional*
- 21.- En la Escuela mis maestros *fueron mis amigos*
- 22.- Muchos de mis amigos no saben que tengo miedo *a los cuetos*
- 23.- No me gusta que *me traten mal*
- 24.- Hace bastante tiempo que yo *no voy a la playa*
- 25.- Creo que la mayoría de las chicas *son hermosas*
- 26.- Creo que la vida matrimonial *es bonita*
- 27.- Mi familia me trata como *una buena persona*
- 28.- Las personas con las que estudio son *abogados*
- 29.- Mi madre y yo *tenemos buena relación*
- 30.- Mi mayor error fue *dar un tiempo a la persona equivocada*
- 31.- Desearía que mi padre *deje de tomar alcohol*
- 32.- Mi mayor debilidad es *la comida*
- 33.- Mi ambición secreta en la vida es *ser un negociante*

- 34.- La gente que trabaja para mí es *muy responsable*
- 35.- Algún día yo *lograré a ser algo en la vida*
- 36.- Cuando veo a mi profesor venir *me siento tranquilo*
- 37.- Quisiera perder el miedo a *las cosas*
- 38.- La gente que más me agrada *son las mujeres*
- 39.- Si yo fuera niño de nuevo *sería feliz*
- 40.- Creo que la mayoría de las mujeres *son buenas personas*
- 41.- Si tuviera relaciones sexuales *me han caído bien*
- 42.- La mayoría de familias que conozco *son responsable*
- 43.- Me gustaría estudiar con gente que *hacen mucho por sus hijos*
- 44.- Creo que la mayoría de las madres *algarme un poco de mi familia*
- 45.- Cuando yo era más joven se sentí culpable de *en mi vida*
- 46.- Pienso que mi padre es *muy importante*
- 47.- Cuando la mala suerte está en contra mía *se me complica todo*
- 48.- Cuando doy ordenes a otros *me gusta darlas de buena manera*
- 49.- Lo que más quisiera en la vida *que mis padres estén cerca a mí*
- 50.- Cuando yo tenga más edad *conseguir lo que abata no tenga*
- 51.- Las personas a quienes considero mis superiores *se merecen respeto*
- 52.- Mis temores algunas veces me fuerzan *a pensarme de mal humor*
- 53.- Cuando yo no estoy cerca de mis amigos *me siento un amigos*
- 54.- El recuerdo más vivo de mi niñez *hacer travesturas*
- 55.- Lo que menos me agrada de las mujeres *que sean oreidas*
- 56.- Mi vida sexual *va bien*
- 57.- Cuando era niño, mi familia *me engaña mucho*
- 58.- Las personas que estudian conmigo generalmente *son buenas personas*
- 59.- Yo quiero a mi Madre, pero *la quiero cerca*
- 60.- La peor cosa que hice *algarme de mi familia por una duca*

REDMI NOTE 9
 AI QUAD CAMERA

PROTOCOLO DE EVALUACION DEL TEST DE FRASES INCOMPLETAS

ELIJO: NOMBRE: EDAD:

Area	Número de preguntas/puntaje					Total	Observaciones
1) Actitud frente a la madre	14	29	44	59	0	0	Area de la familia
2) Actitud frente al padre	1	16	31	46	0	3	siente la necesidad de cercanía de su padre y tambien el deseo de que su padre deje de tomar alcohol
3) Actitud frente al grupo familiar	12	27	42	57	0	0	
4) Actitud frente a las mujeres	10	25	40	55	1	1	Area del sexo
5) Actitud frente a las personas heterosexuales	11	26	41	56	0	0	Presenta cierta incomodidad frente a la actitud de la mujer.
6) Actitud frente a los amigos	8	23	38	53	1	2	Area de las relaciones interpersonales
7) Actitud frente a los superiores en el trabajo	6	21	36	51	0	0	Ante los amigos refiere que tiene la necesidad de estar cerca a ellos
8) Actitud frente a los subordinados	4	19	34	48	0	0	Y son reconocidos en el grupo mencionando que algunos de ellos son relajados.
9) Actitud frente a los colegas en el trabajo	13	28	43	58	0	1	
10) Temores	7	22	37	52	2	6	Concepto de sí mismo
11) Sentimientos de culpa	15	30	45	60	1	5	Preavita temores como enamorarse, refiere teme que sus amigos no conocen acerca de sus creencias mas tiene reflexas ciertas ideas de animales, o tambien se siente frustrado que tiene problemas.
12) Actitud frente a las propias capacidades	2	17	32	47	1	3	tiene la necesidad de otros momentos de cuando esta a culpa de dar tiempo a cosas que no son necesarias para alejarse de la familia o de sentir mal a situacion que no son aceptables.
13) Actitud frente al pasado	9	24	39	54	0	1	Cierta actitud acerca de su imagen.
14) Actitud frente al futuro	5	20	35	50	0	0	Meta de querer ser un profesional, falta de economia y apoyo de sus padres
15) Metas	3	18	33	49	1	3	

SUMARIO GENERAL

1. Principales áreas de conflicto y disturbio.
2. Interrelación entre las actitudes.
3. Estructura de la personalidad

a) modo de respuesta - apropiada pertinente a la situación.

b) adaptación emocional - emocionalmente inseguro, muestra capacidad de superación.

c) madurez en ciertas actitudes, su inmadurez es de tipo emocional (p. ejemplo: Obtener buenas relaciones objetivas); verbalizarlo, busca hallar una aceptación de parte de los demás.

Anexo F: Test de Matrices Progresivas de Raven



PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN
ESCALA GENERAL

INSTITUTO, ESCUELA O CLINICA

Exp. No.: Prueba No.:

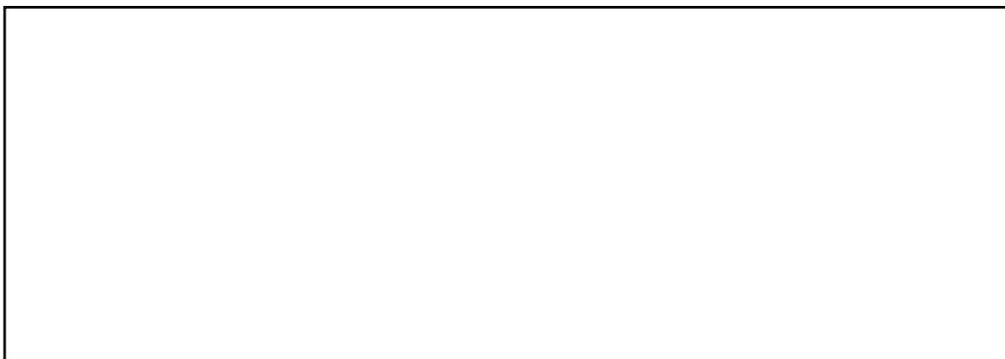
Forma de aplicación:

Fecha de Nac.: Motivo de aplic.: *Evaluación*
 Edad: *25* años..... meses. Grado: Fecha de hoy: *11/03/21*
 Distrito: Muestra: Hora de inicio: *6:22pm*
 Escuela: Hora de fin: *6:46* Duración:

	A	B	C	D	E
1	4	2	8	3	3
2	5	6	2	8	6
3	1	1	3	3	8
4	3	2	8	7	6
5	6	1	7	8	7
6	3	3	4	6	8
7	6	5	5	8	7
8	2	6	5	4	5
9	1	5	7	8	5
10	3	2	6	8	5
11	1	2	4	7	2
12	4	2	8	7	3
PUNT PARC.					

ACTITUD DEL SUJETO		DIAGNOSTICO	
Forma de trabajo		Edad cron:	Puntaje
Reflexiva	Intuitiva	T/minut:	Percentil: 10
Rápida	Lenta	Discrep:	Rango:
Inteligente	Torpe	<p><i>grupo IV</i> Diagnóstico</p> <p><i>Inferior al termino Medico</i></p>	
Concentrada	Distraida		
Disposición			
Dispuesta	Fatiga		
Interesada	Desinteresada		
Tranquila	Intranquila		
Segura	Vacilante		
Perseverancia			
Uniforme	Irregular		
Examinador			

Anexo G: Pre test – Conflicto de Pareja



Post test – Pre test

1. ¿Con qué frecuencia e intensidad tienen discusiones de pareja?
2. ¿Cuáles son los motivos frecuentes por el cual se inicia el conflicto?
3. ¿Cuánto crees que los conflictos de pareja afectan a tu estado emocional?
4. ¿Qué emociones has presentado durante y después de cada discusión?
5. ¿Qué tipo de pensamientos has presentado después de cada conflicto de pareja?