



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

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

**PRESENTADA POR
LUCERO LISSETTE MIRANDA CAYCHO**

**ASESORA
GLADYZ TORANZO PÉREZ VILLANUEVA**

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

**LIMA – PERÚ
2018**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

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

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



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y DE
PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO –
CONDUCTUAL PARA UN CASO DE TRASTORNO DE PÁNICO

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADA POR

MIRANDA CAYCHO, LUCERO LISSETTE

ASESOR:

MAG. TORANZO PÉREZ, GLADYS

LIMA – PERÚ

2018

A:

Dios, por darme fuerzas para seguir adelante, acompañarme en cada paso que doy y por haberme dado la oportunidad de tener a unos excelentes padres Fredi y Julia que han sido mi soporte, compañía durante todo este proceso, por creer en mí y por ser mi apoyo incondicional.

Mis hermanos y Odhy, por acompañarme, estar conmigo y apoyarme siempre.

Mi abuelo Víctor por quererme, compartir buenos momentos y darme apreciados consejos y a mis abuelos Elena, Jorge y Celina que me cuidan y guían desde el cielo.

A todos ellos los quiero mucho.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a mi ALMA MATER USMP, por haberme abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera y permitirme desempeñarme actualmente como una profesional con adecuados valores éticos y científicos.

Deseo también expresar mi agradecimiento a mi asesora de estudio de caso, Lic. Gladys Toranzo Pérez, por la dedicación y apoyo que me ha brindado en este proyecto; por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a los mismos. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegue a la sede de internado.

Asimismo, agradezco a la Lic. Edith Romero, por su apoyo personal y humano, así como sus valiosas sugerencias en cada momento de duda.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Ansiedad	14
1.1.1. Antecedentes históricos.....	14
1.1.2. Conceptualización de la ansiedad.....	15
1.1.2.1. Ansiedad	15
1.1.2.2. Estrés	18
1.1.2.3. Miedo.....	19
1.1.3. Diferencia entre ansiedad y angustia	20
1.1.4. Diferencia entre ansiedad normal o adaptativa y ansiedad patológica o desadaptativa	21
1.1.5. Clasificación de los trastornos de ansiedad	22
1.2. Trastorno de pánico.....	25
1.2.1. Conceptualización del trastorno de pánico.....	25
1.2.2. Epidemiología.....	27
1.2.3. Factores de riesgo o vulnerabilidad.....	28
1.2.3.1. Factor neurobiológico	30
1.2.3.2. Genética y temperamento	31

1.2.3.3.	Sensibilidad a la ansiedad.....	33
1.2.3.4.	Conciencia interoceptiva	34
1.2.3.5.	Factores familiares	35
1.2.4.	Factores de mantenimiento.....	36
1.2.4.1.	Condicionamiento interoceptivo	36
1.2.4.2.	Interpretación catastrófica de las sensaciones.....	39
1.2.5.	Síntomas	40
1.2.6.	Tipos de ataques de pánico	43
1.2.7.	Naturaleza.....	43
1.2.7.1.	Situaciones evitadas y/o temidas	44
1.2.7.2.	Los ataques de pánico	44
1.2.8.	Comorbilidad	45
1.2.9.	Diagnóstico Diferencial.....	47
1.2.10.	Modelos explicativos	49
1.3.	La terapia cognitivo conductual	51
1.3.1.	El modelo cognitivo para el pánico.....	51
1.3.2.	Supuesto básico.....	53
1.3.3.	Características	53
1.3.4.	Principios.....	54
1.4.	Técnicas de intervención.....	55
1.4.1.	El reentrenamiento de la respiración:.....	55
1.4.2.	La relajación	56

1.4.3.	Reestructuración cognitiva	57
1.4.4.	Exposición interoceptiva.....	58
1.5.	Eficacia de la terapia cognitiva – conductual en el trastorno de pánico.....	58

CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1.	DATOS DE FILIACIÓN	61
2.2.	Motivo de consulta	61
2.3.	EXAMEN MENTAL.....	72
2.4.	INFORME PSICOLÓGICO.....	78

CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1.	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	85
3.2.	Aplicación del tratamiento de intervención	92

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1.	Criterio del paciente.....	162
4.2.	Criterio de otros profesionales.....	162
4.3.	Criterio psicométrico.....	163
4.4.	Criterio clínico.....	164
4.6.	Criterio de funcionabilidad.....	166
4.5.	Seguimiento.....	166

CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

5.1.	Resumen	176
5.2.	Conclusiones	178
5.3.	Recomendaciones.....	179

Referencias	180
Anexos.....	186

INTRODUCCIÓN

Actualmente diversos estudios señalan que los trastornos de ansiedad se ha vuelto un tema muy controversial, debido a las diversas causas que lo conllevan a afectar la tranquilidad y bienestar de la persona; creándole problemas de angustia, instaurando temor e inseguridad. Esta realidad no le es ajena a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Presentándose mayor porcentaje en la población adulta según investigaciones recientes. Siendo el aumento de las palpitaciones, hiperhidrosis palmar, temblores, sequedad de boca, dificultades para respirar, náuseas, malestar abdominal y pensamientos erróneos; algunas de las formas de sentir el malestar. Estas diversas formas como el temor o miedo a lo real o imaginario se presenta exageradamente en los pacientes que llegan al servicio de emergencia debido a que no puede controlar su malestar.

Diversos especialistas explican que la ansiedad es una emoción de la naturaleza humana y que está relacionada con mecanismos tanto físicos y psíquicos que sirven para afrontar situaciones del día a día; pero en una forma

excesiva se vuelve patológica y afecta directamente el funcionamiento personal, laboral, familiar o social.

Hoy en día se puede observar que este trastorno no es muy conocido por las personas que lo padecen, pues debido, a que se puede observar que en amplios sectores de la sociedad no pueden distinguir claramente el concepto de este problema. Es así como daremos a conocer en el transcurso de este estudio, todo lo relacionado a un marco teórico, para una mejor comprensión.

Los trastornos por ansiedad suponen hoy en día uno de los trastornos más recurrentes en los establecimientos de salud mental. El estrés puede tener un impacto importante en la aparición de trastornos mentales como la depresión o los trastornos de ansiedad por lo que su prevalencia resulta de la mayor importancia. Siendo el estresor más significativo; la delincuencia donde cerca del 60% de los limeños la considera de bastante o mucha tensión; y también las preocupaciones en torno a la salud y el dinero (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

Por otro lado, también se puede observar que las circunstancias actuales, han transformado considerablemente los hábitos tanto de sueño y alimentación de tal manera que la persona está durmiendo cada vez menos del tiempo debido y se alimenta de manera inadecuada. Lo que está generando una menor vitalidad para desarrollarse con normalidad; sumándole las tensiones del trabajo y del hogar. Estos problemas desencadenan un círculo vicioso de tensión, que de hacerse de mayor intensidad afectaría la salud mental.

En los últimos tiempos se vive una sensación generalizada de que el tiempo pasa más rápido y no podemos lograr a tiempo los objetivos. Indudablemente las exigencias del mercado y el avance de las comunicaciones han jugado un papel

importante pues tenemos que lograr ciertas metas en más corto tiempo. Advirtiéndose que cuando las situaciones estresantes no se resuelven o canalizan en forma apropiada se produce una sobrecarga en nuestro sistema natural de alarma lo que repercute en el organismo; ocasionado que el cuerpo se mantenga en constante alerta; aumentando de esa manera el consumo de energía e incrementando su desgaste (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

Los conocedores del tema señalan que un individuo con una carga de estrés inadecuado puede manifestar molestias físicas como cansancio, dolores musculares, palpitaciones, gastritis, irritabilidad, nerviosismo y ansiedad.

Durante los últimos años el desarrollo de la salud mental ha ido incrementando favorablemente. Pues, el crecimiento reciente se debe a: en primer lugar, a una mejor comprensión de la patología ya sea psicológica o física; en segundo lugar: los procedimientos de investigación han renovado sustancialmente los conocimientos; y, en tercer lugar: las instituciones relacionadas al sector salud, están brindando mayor relevancia a la salud mental.

Las enfermedades no transmisibles en salud mental como es la ansiedad, es una de afecciones más recurrentes en estos últimos tiempos; siendo el trastorno de pánico con o sin agorafobia uno de los más graves y devastadores en todo el mundo. Cabe señalar que, en ocasiones, el diagnóstico de trastorno de pánico con o sin agorafobia no suele aparecer de manera aislada. Es común la comorbilidad con trastornos del eje I o II. Como son las fobias específicas, la fobia social, la ansiedad generalizada, la depresión y el abuso de sustancias. También encontramos algunos criterios para los trastornos de personalidad, sobre todo los trastornos de personalidad evitativa y dependiente.

El trastorno de pánico, es uno de los trastornos de ansiedad más atendidos últimamente, en los establecimientos de emergencias en un hospital. La gran necesidad de ayuda que busca la persona, al entrar a consulta psicológica; es encontrar un tratamiento eficaz que lo ayude a controlar lo que experimenta ante una crisis de pánico. Hoy por hoy, podemos expresar que contamos, al menos con algunos tratamientos empíricamente válidos para atender a los pacientes que sufren de trastorno de pánico con o sin agorafobia (Moreno, 2007).

La terapia que se describirá en esta investigación escrita, se realizara bajo el modelo cognitivo conductual; donde se trabajara en base a la modificación de los pensamientos distorsionados o cogniciones, que mantienen un estado ansioso. Así como medidas destinadas a eliminar o disminuir conductas contraproducentes que hace que se mantenga la sintomatología.

El uso de la terapia cognitivo conductual resulta ser muy eficaz, para el caso de un paciente con trastorno de pánico. Para muchos pacientes es un formato de autoayuda para mejorar, evidenciando mejoras a largo plazo. Puesto, que se les proporciona herramientas que les permiten enfrentar sus problemas y emociones; de una manera más eficiente.

Recientes investigaciones señalan que el 10.5% de la población adulta de Lima, es decir más de 600 mil personas ha presentado algún problema de ansiedad alguna vez en su vida. Asimismo, señalan que dichos trastornos son más frecuentes en mujeres y pueden originarse por experiencias tempranas negativas, conflictos familiares, estresores crónicos y también por factores genéticos o hereditarios (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

Estudios epidemiológicos de salud mental 2012 realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental del Perú. Señalan que los trastornos de ansiedad más relevantes y que afectan a las personas se encuentran: fobia social (miedo a exponer en público) 2.2%; trastorno de ansiedad generalizada (temor crónico y sin control ante cualquier situación) 3%; el trastorno de estrés postraumático (trastorno derivado de la experiencia de acontecimientos altamente traumáticos) 5.1%, el trastorno de pánico (ataques repentinos de temor sin motivo alguno) 0.5% y la agorafobia (miedo a encontrarse en situaciones donde sería difícil encontrar ayuda) 1.2% (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

Las fuentes utilizadas para este estudio de caso, han sido libros especializados en psicología en trastornos de ansiedad y otras aplicaciones del trastorno de pánico en sus distintos ámbitos; así como artículo de investigación y páginas web especializadas.

En el primer capítulo versara sobre el marco teórico, los aspectos básicos de los trastornos de ansiedad, antecedentes históricos, definición conceptual del trastorno de pánico, etiología, características, síntomas, tipos, epidemiología, curso, naturaleza, factores que lo mantienen, otros diagnósticos desarrollados, modelos explicativos, explicación desde el modelo cognitivo conductual y técnicas terapéuticas para su manejo.

En el segundo capítulo tratará sobre la presentación del caso clínico, que se encontrará compuesto por: datos de filiación, motivo de consulta, procedimientos de evaluación, informe psicológico y el análisis funcional.

El tercer capítulo se encontrará integrado el programa de intervención terapéutica, objetivos del tratamiento, diseños de intervención y aplicación o procedimientos del tratamiento.

En el cuarto capítulo consistirá en los resultados obtenidos y el seguimiento. El quinto capítulo se basará en el resumen, las conclusiones finales y las recomendaciones.

Capítulo I

Marco teórico

1.1. Ansiedad

1.1.1. Antecedentes históricos. Iniciaremos el abordaje de nuestro caso señalando los antecedentes históricos que nos han brindado los autores sobre la ansiedad.

Para Barclay (1974) señala que en “Grecia moderna existe la palabra *anesuchia*, cuyo significado primitivo es sin tranquilidad, en la época de los romanos utilizaron la palabra *anxietas*, indicadora de un estado duradero de medrosidad. Este vocablo contrasta con *angor*, que revela un estado momentáneo de miedo intenso, análogo al concepto actual de angustia” (p.3). Pero para Viedman (2002). Menciona que desde el punto de vista de Mc. Reynolds, el “concepto de ansiedad tiene su aparición en el periodo helenístico griego. En 1747 es ya utilizado como termino técnico por un autor desconocido en su obra Exploración sobre el origen de los apetitos y efectos humanos” (p.4).

Por otro lado, señala que a mediados de 1844 aparece el concepto de angustia, de Kierkegaard; desde su punto de vista, la ansiedad puede ser concebida como autoconciencia de libertad.

Finalmente en una dirección similar, Freud publica en 1926: inhibición, síntoma y ansiedad. Quedando así definitivamente incorporado el término a la psicología. Ya en la década de los años veinte se despliegan 2 vertientes teóricas opuestas. Por un lado, tenemos Freud, quien desarrolla una definición de ansiedad basada en impulsos y vivencias internas del sujeto...Por otro lado, Watson y el conductismo clásico parten de una concepción ambientalista; utilizado los términos de miedo y

temor en lugar de ansiedad. Así el miedo sería entendido como una respuesta conductual y fisiológica ante un estímulo temido.

Según Viedman (2002) en los años veinte se realizan los primeros intentos de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Watson & Rayner, condicionaron una respuesta de ansiedad en un niño, demostrando que los miedos están específicamente relacionados con las historias individuales de aprendizaje (p.5). Para Watson & Rayner (1920), citados por Viedman (2002). Consideran, que “gracias al conductismo, la ansiedad pasa al ámbito experimental, enriqueciéndose con las aportaciones de las teorías fisiológicas, motivacionales y los nuevos hallazgos en el campo del aprendizaje” (p. 8).

Sin embargo, en la década de los 60, es cuando empieza a hacerse mayor hincapié las variables cognitivas; en lo que se ha venido a llamar enfoque cognitivo conductual. Ya con esta orientación se modifica la concepción unaria de ansiedad para darle un significado cognitivo. Y se le empieza a dar una idea de triple respuesta, según el cual la ansiedad se muestra a nivel conductual o motor, cognitivo y fisiológico.

1.1.2. Conceptualización de la ansiedad: Entre la cuales e considera:

1.1.2.1. Ansiedad

La ansiedad es una emoción normal que realiza una función adaptativa en numerosas circunstancias. Todo organismo viviente necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia y la ansiedad cumple ese papel en numerosas situaciones. Así, es normal, y deseable que un ser humano tenga miedo cuando se avecina un peligro real. De hecho, nuestro organismo está

preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias como una forma de prevenir males mayores...Sin embargo, a veces ocurre que toda esta preciosa máquina de prevención de accidentes y demás desastres no funciona como debiera, produciendo erróneas alarmas, disparando la reacción de alarma ante estímulos inofensivos o equivocados. En este caso nos adentramos en el amplio campo de los trastornos de ansiedad.

Desde una perspectiva diferente se estudió a la ansiedad como rasgos de personalidad, ya que el concepto ha ido transformándose, desde el primer enfoque que se basaba en los rasgos hasta llegar a las teorías interactivas y las teorías situacionales. El término ansiedad también puede ser concebido como un estado o rasgo. Por ejemplo, en un estado ansioso puede ser el hecho de estar ansioso ahora, en este momento; probablemente a cierta circunstancia que lo provoca. A diferencia, de la ansiedad rasgo que viene hacer predisposición durante un periodo más largo, posiblemente durante toda la existencia. Y esta puede asociarse a lo que se llama personalidad ansiosa o evitativa. Siendo los primeros en intentar formular una teoría de rasgo – estado de ansiedad Cattell y Scheiler en el año de 1961. En relación a la teoría situacional, manifiesta que la aparición de los síntomas de ansiedad dependía de las circunstancias de la situación, más que las particularidades del sujeto. Sin embargo, en respuesta a ambas teorías, actualmente se habla de las teorías interactivas que demuestra la ansiedad en función de las condiciones de la situación, las cualidades personales y en primer lugar la interacción situación – sujeto.

Por otro lado, la conceptualización de ansiedad ha ido cambiando a lo largo del tiempo. A inicio de los años veinte se consideraba como un fenómeno unitario o unidimensional. Sin embargo, a partir de los años sesenta es cuando empiezan

a introducirse variables cognitivas o enfoque cognitivo conductual y es a partir de ese momento donde se empieza a dar una significación cognitiva. Siendo aceptado el término de ansiedad como un triple sistema de respuesta, manifestándose tanto a nivel conductual o motor, cognitivo y fisiológico, termino inicialmente propuesto por Lang en el año 1968. También es conocida como teoría tridimensional de la ansiedad; provocando que se comience a estudiar la ansiedad como un fenómeno complejo. García (1999) define la ansiedad como un estado de activación del sistema nervioso, consecuente a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral (p.39).

Asimismo, se puede hablar que la ansiedad es una sensación física que se manifiesta ante un evento que no sabemos cómo afrontar; pero también, es una emoción o sentimiento, captado psicológicamente (subjetivamente) por el individuo, de tal forma que este es capaz de diferenciar esta emoción – sensación, ya sea por las manifestaciones psíquicas o físicas que produce. Para Pérez. & Quintanilla. (2008) definen la ansiedad como un mecanismo adaptativo que nos permite afrontar las diversas situaciones que se presentan en nuestra vida. Desde este punto de vista la ansiedad es un mecanismo normal que aparece en todas las personas y que tiene como objetivo movernos a la acción (p. 49).

El primer problema con el que nos encontramos a la hora de referirnos a la ansiedad se debe a las múltiples formas en la que ha sido entendida. Pues, la ansiedad ha sido estudiada como reacción emocional, respuesta o patrón de respuesta, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia interna. Como señala Viedman (2002)

Existe una gran ambigüedad en el propio término, ya que hay otros muchos que han sido utilizados como equivalentes para designar el mismo

fenómeno; entre los más habituales se encuentran los siguientes: angustia, estrés, temor, miedo, amenaza, frustración, tensión, neurosis experimental, aurosal...Sin embargo, a pesar de la diversidad, en los años se está produciendo un acercamiento entre las distintas posiciones. De hecho, durante mucho tiempo, la ansiedad ha sido considerada como un fenómeno unitario o unidimensional. Sin embargo, el concepto ha ido cambiando a lo largo de los años y actualmente, la ansiedad entendida como respuesta emocional, tiende a ser concebida como un patrón de respuesta múltiple donde interactúan tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. Este modelo tridimensional de entender la ansiedad ha tenido importantes repercusiones en la evaluación y tratamiento de la ansiedad (p.7).

La ansiedad es un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro.

Podemos hablar que la ansiedad es una emoción que forma parte de la naturaleza humana y normalmente pone en marcha una serie de mecanismos físicos y psíquicos que sirven para afrontar situaciones de peligro o riesgo; sin embargo, cuando es demasiado intensa o desproporcional y afecta el funcionamiento personal, familiar, laboral, académico o social se convierte en un trastorno de ansiedad

1.1.2.2. Estrés

Para referirnos a este vocablo, debemos tener en cuenta que es una respuesta fisiológica, psicológica y conductual que presenta un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a las presiones tanto internas como externas. Según Pérez & Quintanilla (2008) el estrés puede producir ansiedad, y a la vez la ansiedad puede producir más estrés; provocando un círculo vicioso. El estrés es

consecuencia de la acción de un suceso, una situación, una persona o un objeto que se produce como elemento estresante y, en consecuencia, induce al estrés, (p. 58).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que, aunque el estrés se parece mucho a la ansiedad. La diferencia radica en qué la ansiedad es el resultado de la percepción de un estímulo (persona, suceso, lugar u objeto) desafiante o amenazante. Por otra parte, el estrés no produce temor sino una respuesta de adaptación.

1.1.2.3. Miedo

Por su parte García (1999) define “el miedo como una emoción muy próxima a la ansiedad, de modo que el criterio diferenciador entre ambos vocablos viene dado por la posibilidad de identificar o no un peligro u objeto concreto como causa de la amenaza percibida” (p. 38). De modo que, en el miedo, el sujeto reconoce el objeto externo y delimitado que le amenaza o causa temor y se prepara para la huida o el afrontamiento mediante una respuesta fisiológica breve, mientras que la ansiedad es más indefinida, se desconoce el objeto amenazador y se percibe de una manera más global. Para el Barlow (2002), citado por Clard & Beck (2010).

En su influyente volumen sobre los trastornos de ansiedad, afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una activación y por las tendencias a la acción”. La ansiedad, por el contrario, se define como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos (p. 22).

Según algunos teóricos de las emociones concuerdan, que hay muchas reacciones diferentes entre el miedo y la ansiedad, ya sea psicológica y fisiológicamente Barlow & Durand (2003). “El miedo, es una reacción emocional inmediata ante un peligro actual, que se caracteriza por fuertes tendencias escapistas y con frecuencia por un impulso en la rama simpática del sistema nervioso autónomo” (p.34). Del mismo modo, que la ansiedad, el miedo nos ayuda protegernos al activar una respuesta de alarma en el sistema nervioso autónomo que conjuntamente con la sensación de temor, motiva al individuo a la huida y lucha.

1.1.3. Diferencia entre ansiedad y angustia Desde su punto de visto McNally (1994), citado por Clark & Beck (2010)

plantea que la angustia no debería ser considerada como una forma extrema de ansiedad que conlleva la anticipación de una amenaza futura sino como una respuesta inmediata de “lucha o huida” ante el peligro inminente percibido... las crisis de angustia se corresponderían con la “respuesta inmediata de miedo” (Fase I), mientras que la aprensión a la crisis, la evitación y la búsqueda de seguridad constituirían procesos secundarios (Fase II) que mantiene un estado de ansiedad elevada ante la posibilidad de sufrir nuevas crisis de angustia (p. 56).

Podemos inferir de lo mencionado que la angustia se caracteriza por un incremento en la vigilancia y responsabilidad a síntomas físicos específicos relacionados al miedo principal.

1.1.4. Diferencia entre ansiedad normal o adaptativa y ansiedad patológica o desadaptativa La ansiedad es una respuesta adaptativa cuando cumple la función psicofisiológico y conductual. Esta función no es otra que la de actuar como mecanismo de atención, alerta, preparación y protección frente al peligro. Es decir, preparar al organismo para dar una respuesta y solución. En este sentido cumpliría la función primordial para la supervivencia. Sin embargo, puede convertirse en una respuesta desadaptativa y constituirse en un trastorno psicológico altamente incapacitante; pues, será volver desproporcionada y/o injustificada ante estímulos o situaciones cotidianas; escapará del control voluntario e interferirá negativamente en la vida de la persona.

La ansiedad es una experiencia humana universal y normal, mientras que los trastornos de ansiedad no lo son. Para eso formularemos la siguiente pregunta ¿Cuáles vendrían a ser los aspectos que nos permiten diferenciar entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica? Según Biondi (1989) citado por Buela (2001).

Menciona que se trata de cuatro aspectos diferenciadores relacionados tanto con las causas como con los efectos de la ansiedad. En primer lugar, la ansiedad normal es una reacción esperable frente a determinadas situaciones o estímulos inocuos. En este sentido, en los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo se activa ante peligros inexistentes. En segundo lugar, la ansiedad normal consiste en episodios poco frecuentes de intensidad leve o media y de duración limitada; mientras en la ansiedad patológica los episodios son numerosos, de intensidad alta y larga duración. En tercer lugar, la ansiedad normal no interfiere en la vida cotidiana, mientras la ansiedad patológica compromete el funcionamiento adaptativo del sujeto, (p. 201).

La ansiedad es un estado de activación psicofisiológico normal ante algunos estímulos. La ansiedad normal cumple una función adaptativa, y rara vez logrando que el sujeto logre percibir sensaciones en su organismo y lo prepare para la acción. Sin embargo, la ansiedad patológica es de intensidad y larga duración, donde traspasa los límites de la adaptación psicosocial; que suele presentarse de un modo más somatizado, reduciendo la capacidad de rendimiento del sujeto y produciendo malestar y alerta vital; se puede interpretar que lo que se siente representa el aviso de nuestro organismo de un trastorno coronario o respiratorio o de una enfermedad orgánica.

En conclusión, se considera la ansiedad patológica como más profunda, persistente y recurrente; además de producir un deterioro psicosocial y fisiológico.

1.1.5. Clasificación de los trastornos de ansiedad Como se ha señalado la ansiedad patológica puede dividirse en categorías nosológicas. Atendiendo a la categoría de la clasificación internacional de enfermedades CIE – 10, el cual se encuentra comprendido por los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, los cuales están comprendidos dentro de F40 a la F48. Según el CIE – 10, señala lo siguiente:

F40. Trastornos de ansiedad fóbica

De un conjunto de trastornos en los cuales la ansiedad se produce sólo o predominantemente ante ciertas situaciones bien definidas y como consecuencia estas situaciones se evitan o se toleran con gran miedo. Teniendo en cuenta que las situaciones u objetos temidos, que generan el foco de ansiedad, deben ser externos al sujeto. Esto significa que las situaciones donde el miedo del paciente es a padecer una enfermedad (nosofobia) y a tener una deformidad (dismorfofobia) deben clasificarse en el F45.2 (trastornos hipocondriacos).

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobia sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad

Trastornos en los cuales el síntoma principal es la ansiedad y ésta no se limita a ninguna situación ambiental o externa particular.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F 41.2 Trastorno mixto ansioso – depresivo.

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad específica.

F41.9 Otros trastornos de ansiedad sin especificar.

F42 Trastorno obsesivo – compulsivo

La característica principal de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que invaden una y otra vez en la mente del paciente. Los actos compulsivos o rituales son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivos – compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo compulsivo sin especificar.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Dentro de esta categoría se diferencia de otras porque incluye trastornos no sólo identificables por los síntomas y el curso, sino también por: un acontecimiento vital inusualmente estresante que provoca una reacción de estrés agudo o un cambio vital significativo que conduce a unas circunstancias desagradables persistentes que conducen a un trastorno de adaptación o una situación traumática sostenida.

F43.0 Reacciones a estrés agudo.

F43.1 Trastorno de estrés post – traumático.

F43.2 Trastornos de adaptación.

F43.8 Otras reacciones a estrés grave.

F43.9 Reacciones a estrés grave sin especificación.

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

Se debe a la pérdida parcial o completa de la integración normal entre algunos recuerdos del pasado, conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales.

F45 Trastorno somatomorfos

La manifestación esencial de este grupo de trastornos es la presentación repetida de síntomas físicos, junto a una solicitud insistente de investigaciones médicas, a pesar a las negativas de los resultados médicos de que esos síntomas no tienen una base orgánica.

F48 Otros trastornos neuróticos

Se caracteriza por 2 rasgos principales el primero de ellos es la queja de un aumento de cansancio y la segunda es la sensación de debilidad y agotamiento corporal y físico.

Por otro lado. Para DSM – IV – TR (200) citado por Villalobos (2008) clasifica a los trastornos de ansiedad:

a) crisis de angustia o ataques de pánico; b) agorafobia; c) trastorno de angustia sin agorafobia d) trastorno de angustia con agorafobia e) agorafobia sin historia de trastorno de angustia f) fobia especifica; g) fobia social; h) trastorno obsesivo compulsivo; i) trastorno por estrés pots – traumático j) trastorno por estrés agudo; k) trastorno de ansiedad generalizada l) trastorno de ansiedad debido a enfermedades medicas; m) trastorno de ansiedad inducido por sustancias n) trastorno de ansiedad no especificada, (p.340)

1.2. Trastorno de pánico

1.2.1. Conceptualización del trastorno de pánico

En términos generales el trastorno de pánico se caracteriza por el sufrimiento de una o múltiples crisis de pánico, que aparecen de manera inesperada en el sujeto, que la padece sin que exista motivo alguno. Para el DSM – IV – TR (2002) citado por Caballo (1997). “Los ataques de pánico se desarrollan bajo la forma de una preocupación persistente sobre ataques futuros, preocupación sobre las consecuencias físicas, sociales o mentales de los ataques. Asimismo, un ataque de pánico aislado no conlleva necesariamente al desarrollo de un trastorno por pánico” (p.456).

Recientemente se han propuesto una pluralidad de conceptos sobre el pánico, por ejemplo, algunos acentúan la evaluación cognitiva errónea, otros resaltan el aprendizaje asociativo y proceso emocional; además de la sensibilidad fisiológica. El ataque de pánico inicial lo ha conceptualizado Barlow en el año 1988, como un disparo erróneo del sistema del miedo. Barlow (1988) citado por Caballo (1997)

Plantea que vulnerabilidad psicológica se desarrolla de la aprensión ansiosa sobre la recurrencia del pánico. Conceptualizándose como un conjunto de creencias con contenido de peligro sobre los síntomas del pánico y sobre el significado de los ataques de pánico en relación con el concepto del individuo sobre sí mismo y sobre el mundo (p.347).

Dado que el pánico, como la agorafobia, se pueden presentar en cualquier otro trastorno de ansiedad, se tienen que presentar de manera obligatoriamente crisis inesperadas, ya que las restantes formas de crisis de ansiedad igualmente pueden aparecer en las fobias específicas o sociales; especialmente las crisis situacionales. Además, está el criterio cuantitativo que exige por lo menos cuatro ataques de pánico en un mes. Asimismo, Reyes (2011) señala que el Trastorno de Pánico (TP) se “caracteriza por crisis recurrentes, inesperadas y no provocadas de miedo intenso y síntomas físicos. Las crisis alcanzan su máxima intensidad antes de 10 minutos y ceden antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia. Por lo general es de evolución crónica y recurrente” (p.58)

Por su parte, Viedman (2002) considera al “trastorno de pánico como una patología frecuente, desagradable y, a menudo, invalidante, por el que los pacientes experimentan crisis recurrentes e inesperados de pánico, seguidas durante al menos un mes de inquietudes persistentes acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis” (p.24).

En términos generales, la característica más resaltante es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, el cual va acompañado de síntomas somáticos (físicos), cognitivos (pensamientos) y conductuales. Todo el malestar se encuentra asociado a un peligro o muerte

repentina. El peligro sentido se refiere a que la persona, en aquel momento, cree estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o de volverse loco.

1.2.2. Epidemiología Según estudios realizados en los últimos años la epidemiología del trastorno de ansiedad, señalan que puede aparecer en algunas personas de forma crónica y constante durante toda su vida y en otros casos se presentan como episodios repentinos de gran intensidad, en forma de crisis de angustia o ataques de pánico. Cutipé director de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minsa) señala que en la actualidad existe aproximadamente un 20 % de la población del país que requiere de atención en salud mental, siendo los más frecuentes los referidos a trastornos depresivos, de ansiedad y pánico en adultos en tanto que en el caso de menores los más frecuentes son lo de desarrollo, emocionales y problemas de aprendizaje.

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2017). Señala que:

“En al año 2016, las atenciones por emergencia psiquiátrica incrementaron en 27% en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Esto, en comparación con el año 2015. En los últimos seis meses, se han registrado más de 20 atenciones diarias y 6000 atenciones anuales...El Dr. Freddy Vásquez Gómez, jefe del departamento de emergencia manifestó que “el departamento se convierte en centro neurálgico de atención de los problemas de salud mental en Lima Metropolitana porque atiende desde crisis, agitación psicomotriz, conductas suicidas y trastornos de pánico, que es la máxima expresión de la ansiedad. Ante ello, se efectúan mecanismos tanto farmacológicos como psicológicos para manejar la situación crítica” (párr. 3).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud considera que los trastornos mentales comunes como la depresión y la ansiedad están aumentando en todo el mundo. Ya que, según estudios indican que entre 1990 y el 2013, el número de personas que sufren de depresión y/o ansiedad aumentó en casi 50% (de 416 millones a 615 millones). Cerca del 10% de la población mundial está afectada, y los trastornos mentales representan el 30% de la carga global de enfermedad no mortal... La OGS estima que, durante las emergencias, 1 de cada 5 personas está afectada de depresión y ansiedad.

1.2.3. Factores de riesgo o vulnerabilidad En los últimos años se han desarrollado diversas investigaciones con el fin de llegar a dar a conocer las causas y los procesos de desarrollo y mantenimiento del trastorno de pánico. En sus inicios los primeros resultados se centraron en identificar el proceso fisiológico del pánico desde un punto de vista biologicista. Sin embargo, otros autores consideraron este enfoque como insuficiente para poder explicar la complejidad y diversidad del trastorno de angustia. Por lo cual, se producen nuevos enfoques, ya desde un carácter psicobiológico, sobre donde empieza a tener mayor relevancia el proceso cognitivo, para el mantenimiento y desarrollo del trastorno. Para Vallejo et al. (2012)

considera que uno de los aspectos principales del origen de los trastornos de pánico es la debilidad. Esta debilidad se conceptualiza en el marco de la teoría de la triple vulnerabilidad a la ansiedad. La dotación genética de un individuo constituirá la vulnerabilidad biológica al desarrollo de ansiedad y el efecto negativo, pero junto a ella existe también una vulnerabilidad psicológica generalizada, caracterizada por la tendencia a experimentar ansiedad y estados afectivos negativos, junto a una sensación de control disminuida, que

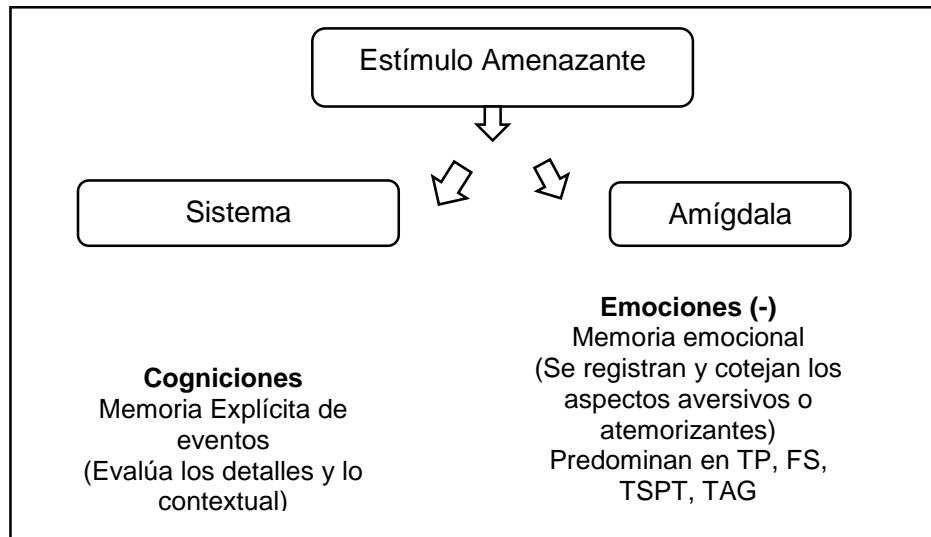
se origina a partir de experiencias de desarrollo tempranas. Y, por último, una vulnerabilidad psicológica específica, que se debe a determinadas experiencias de aprendizaje (p. 294).

Si bien el trastorno de pánico se considera una problemática adquirida; se puede hablar de algunas vulnerabilidades asociadas y predictoras. En el cual se habla acerca de la triple vulnerabilidad, que fue usada por Barlow, el cual considera el trastorno de ansiedad como proveniente de tres vertientes, la cual describiremos a continuación. Se considera que la primera vulnerabilidad es la biológica – genética, quien considera que existe un riesgo de contraer trastorno de pánico en los familiares de primer grado. Dentro de la segunda vulnerabilidad se considera la sensibilidad a la ansiedad, que hace referencia a las creencias en que las emociones y sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad son potencialmente peligrosas. Según Hayes (1996) citado por Maero (2013).

El rol que juega la evitación de experiencias internas (emociones, recuerdos, pensamientos, etc.), que se les considera como indeseables, generan un intento de supresión de la experiencia, lo cual trae como consecuencia un incremento de las emociones negativas. Y por último la tercera categoría de vulnerabilidad, es la psicológica específica, que hace referencia a episodios de aprendizaje concreto; que asocian la sensibilidad a la ansiedad a experiencias internas o externas específicas; vinculando así las predisposiciones biológicas y psicológicas generales a condiciones psicológicas específicas, y dando como resultado la especificidad del trastorno (p.58).

1.2.3.1. Factor neurobiológico

Para Cía (2009) las estructuras encargadas de procesar la información que uno recibe, pueden ser descritas a través del siguiente esquema (p.58).



Cía, A. (2009). Cómo superar el pánico y la agorafobia

Por otra parte, se ha comprobado que existen dos vías de respuesta, una rápida, de conexión subcortical más directa, vinculada a estructuras límbicas y por consiguiente a lo emocional, que opera de modo automático o a nivel subconsciente, y otra más lenta e indirecta, que asciende a la corteza, donde se elaboran de forma consciente los aspectos cognitivos propiamente dichos, implicados en la respuesta al temor o situaciones ansiógenas.

Una serie de hipótesis para la aparición del trastorno de pánico sería la siguiente: a). Aumento del nivel de catecolaminas: las catecolaminas se liberan en la sangre cuando una persona está bajo estrés físico o emocional. b). Alteraciones en el locus coeruleus: (responsable del nivel de alerta), es responsable o involucrada en la respuesta de pánico y el estrés; tiene que ver mucho con los efectos simpáticos durante el estrés debido al incremento en la producción de noradrenalina. c). Hipersensibilidad del SNC al dióxido de carbono: si la

concentración de dióxido de carbono alcanza el 10% o más causa sofocación. En cantidades más bajas causa vértigo, confusión mental, aumento de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado y respiración agitada. e). Anomalías del GABA: es utilizado por el cerebro para favorecer la calma y la tranquilidad, es decir ayuda a disminuir la actividad nerviosa en el cerebro, lo cual ocasiona una sensación de calma y relajación; niveles bajo de GABA está asociada con la ansiedad y el estrés. Por eso, una gran cantidad de fármacos ansiolíticos actúan sobre los receptores de GABA. No obstante, el GABA muy elevado puede producir el efecto contrario en muchas personas, pudiendo ocasionar ansiedad o pánico, e acompaña de hormigueos, falta de aliento y cambios en la presión arterial p tasa cardíaca.

1.2.3.2. Genética y temperamento

El rasgo temperamental más asociado a los trastornos de ansiedad es el neuroticismo o también está relacionado a experimentar emociones negativas en respuesta a estímulos estresantes. Según Echeburúa (1999) “considera que una tendencia innata a responder de una forma más o menos ansiosa ante estímulos amenazantes, que está sujeta a las diferencias individuales; y se puede expresar como labilidad o reacción variable ante el estrés. Es decir, un umbral más bajo de respuesta y una mayor reacción fisiológica ante el estrés (sensibilidad a la ansiedad)”, (p. 680).

Así mismo, es importante distinguir la ansiedad de un estado emocional o cuando es un rasgo relativamente estable de la personalidad. Llevándonos a distinguir entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. Para Spielberger (1972), citado por Cía (2009)

postula que la ansiedad debería distinguirse entre conceptualmente y operacionalmente... Un estado ansioso, se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo; mientras que la tendencia ansiosa o rasgo ansioso, ha sido definida como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa, (p. 156).

Además, se debe tener en cuenta que, según Eysenck las personalidades neuróticas se caracterizan por mostrar una intensa actividad del sistema nervioso autónomo y tasas muy lentas de habituación a los estímulos. De la misma forma, Gray (1982) citado por Cía (2009) afirma que “los individuos con una elevada tenencia ansiosa poseen características que reflejan una combinación de introversión y neuroticismo” (p. 56).

Podemos incluir que para Spielberger et al. (1984), citado por Cía (2009) consideran que según sus estudios

Las personas con elevadas tendencias o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés y responden a un rango más amplio de situaciones, viviéndolas como peligrosas o amenazantes y que además tienden a ver el mundo e esta manera... Por consiguiente, la ansiedad estado se considera un curso emocional identificado como un proceso multicompuesto, que refleja las diferencias individuales en la predisposición ansiosa (p. 97).

Dentro de los factores de vulnerabilidad también se puede mencionar a los rasgos de personalidad que pueden ser factores que predisponen a que un individuo desencadene un trastorno de ansiedad. En primer lugar, tendencia a la dependencia o a una excesiva necesidad de aprobación: esta característica hace

hipersensible a la crítica y de negarse a las demandas de los demás. En segundo lugar, pensamiento rígido o dicotómico: tendencia del individuo de percibir los hechos de manera polarizada (blanco o negro), generando que se autoimponga reglas muy rígidas. Guiándose muchas veces por los “deberías”. En tercer lugar, elevadas autoexigencias: es cuando el individuo espera de sí mismo un nivel de perfección, que lo lleva a estar atento a las mínimas fallas propias y ajenas.

1.2.3.3. Sensibilidad a la ansiedad

La sensibilidad a la ansiedad podría definirse como: la creencia errónea que la ansiedad y los síntomas asociados pueden tener graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Según diversos autores proponen que el concepto se refiere especialmente a las sensaciones de la actividad fisiológica como: palpitaciones mareos, etc. Cabe destacar, que Taylor (2000) citado por Camoche (2012)

Las personas con altos niveles de sensibilidad a la ansiedad tenderían a interpretar de forma errónea, como peligrosos, aquellos síntomas físicos que ocurren de una forma rápida y espontánea e inexplicable y que tienen una intensidad severa, esta interpretación estaría mediada por creencias y miedos subyacentes acerca de las causas de los síntomas corporales y sus consecuencias, por lo cual, jugaría un papel fundamental en el desarrollo del trastorno de pánico (p. 564).

Por otra parte, se entiende la sensibilidad a la ansiedad es el miedo a las sensaciones y percepción corporales relacionadas con la ansiedad, basadas en creencias duraderas de que estos síntomas ansiosos se pueden derivar consecuencias físicas, sociales o psicológicas negativas. Sin embargo, Reiss (1991) citado por Clark & Beck (2010) considera que “la sensibilidad a la ansiedad

es una variable de personalidad que amplifica el miedo cuando se experimentan sensaciones y conductas de ansiedad; por ello, se cree que desempeña un papel tanto etiológico como de mantenimiento en todos los trastornos de ansiedad, pero en particular en el trastorno de angustia” (p. 348).

1.2.3.4. Conciencia interoceptiva

De manera general, se considera que los pacientes con trastorno de pánico, suelen tener una conciencia incrementada de las sensaciones somáticas o bien una habilidad para detectarlas. Por lo cual, se puede considerar la conciencia interoceptiva como un rasgo de predisposición al trastorno de pánico. Asimismo, cuando el cerebro percibe o capta un peligro ya sea real o imaginario, automáticamente se pone en marcha el sistema de alarma; es decir se activa una parte del sistema nervioso, que produce diversos cambios fisiológicos, de esta manera, para cada cambio fisiológico que el cuerpo experimenta en cada crisis de pánico, existe una explicación; y todos estos cambios hace que el cuerpo esté preparado para la huida o atacar.

A continuación, se describirá a que se deben las sensaciones temidas en el trastorno de pánico.

- **Mareo:** Se debe a tensión de las cervicales, el cual disminuye el aporte de sangre a la cabeza. O también, debido a efectos de la hiperventilación.
- **Falta de aire:** Incremento del oxígeno en la sangre debido, a la hiperventilación.
- **Taquicardia y/o palpitaciones:** Cuando se está en peligro ya sea real o imaginario, el corazón trabaja con mayor fuerza y rapidez. De esa manera, se envía más sangre a las zonas implicadas en la reacción de alarma y de esa manera pueda funcionar mejor (huir o atacar).

- **Hormigueo en las extremidades:** Debido, a la afluencia de sangre es mayor en los lugares del cuerpo donde puede ser necesario, por lo cual, se deja al resto cuerpo con una circulación menor.
- **Opresión, dolor o pinchazos en el pecho:** Tensión en los músculos intercostales, como consecuencia de la hiperventilación o mantener los pulmones demasiados llenos.
- **Sofoco, sudor y escalofríos:** Aumento progresivo de la temperatura en las zonas más vitales, desencadenando el sistema de enfriamiento de nuestro organismo, provocando el sudor.
- **Temblor y/o adormecimiento:** Provocada por tensión muscular excesiva.
- **Náuseas y/o molestias abdominales:** efectos provocados por la ansiedad, en el sistema digestivo.

1.2.3.5. Factores familiares

Se considera que el riesgo de padecer el trastorno en los familiares de primer grado (hermanos, hermanas, o padres) de los pacientes con trastorno de pánico, oscila entre un 20 y un 40%. La probabilidad de padecer trastorno de pánico en los familiares de primer grado es 10 veces mayor que en la población general. Asimismo, en un estudio realizado en 29 pares de mellizos del mismo sexo, se observó que los gemelos tenían una tasa significativamente mayor de trastorno de pánico y agorafobia, que los mellizos no idénticos, provenientes de dos óvulos separados. En la pareja de gemelos, cuando uno padece del trastorno de pánico, el otro tiene un 31% de probabilidades de padecerlo. Pero también nos habla de que además existen otras causas relevantes debidas al ambiente, que tienen que ver con el aprendizaje infantil y las influencias del estilo educativo y vincular parento – filial. Es decir que la familia influye de 2 maneras:

- En lo genético – hereditario y
- En el aprendizaje a través de la convivencia y de los estilos educativos.

Estudios de gemelos sobre el trastorno de pánico han demostrado que estos fenotipos son moderadamente heredables. Un meta-análisis de los estudios de gemelos de Hettema, ha estimado una heredabilidad de 0,43 para trastorno de Pánico. En un análisis más reciente del *Virginia Adult Twin Study of Psychiatric and Substance Use Disorders*, con más de 5.000 gemelos, reportaron heredabilidades de 0,28 para el trastorno de pánico. De esta manera se documenta que los genes contribuyen a la etiología de los trastornos de ansiedad y particularmente al Pánico, pero las influencias del medio ambiente son considerables. Modelos multivariantes de datos de gemelos sugieren una pequeña contribución del medio ambiente compartido (por ejemplo, experiencias y factores familiares comunes a los dos gemelos) con la mayoría la variación atribuible al medio ambiente específico de cada individuo (que también incluye el error de medición).

1.2.4. Factores de mantenimiento

1.2.4.1. Condicionamiento interoceptivo

La expresión que se tiene de miedo al miedo implica el desarrollo de una respuesta emocional de ansiedad, que va acompañada de pensamientos sobre las posibles consecuencias de las crisis de pánico. Siendo manifestada las respuestas mediante sensaciones corporales, que son interpretadas por el sujeto como el inicio de un ataque de pánico. Con el tiempo las sensaciones corporales que acompañan al miedo se transforman en estímulos condicionados, que producen nuevas respuestas condicionadas de ansiedad ósea nuevos ataques de pánico. Por su parte, Camoche (2012) “resalta que, el modelo de condicionamiento clásico

interoceptivo para la crisis de angustia, establece que los ataques de pánico se mantienen a través de un proceso de atención selectiva a determinadas señales corporales, atención que despierta y potencia la activación autonómica ante esas señales internas” (p.298).

Las señales que implican el condicionamiento interoceptivo sobre la crisis de pánico se resumen en los siguientes puntos: en primer lugar, la crisis de pánico puede ocurrir en respuesta a señales internas muy sutiles o sensaciones físicas que aparecen de un momento a otro. En segundo lugar, la ocurrencia de las crisis de pánico por razones no inmediatas aparentes puede desembocar, en una interpretación errónea el miedo. En tercer lugar, las actividades que provocan o producen sensaciones asociadas con la activación del sistema nervioso autónomo (excitación sexual, ejercicio físico, bailar, correr, etc.) pueden estimular una reacción condicionada de una crisis de pánico. En cuarto lugar, las actividades que promueven una focalización en sensaciones (sudar, respirar rápidamente, etc.) pueden igualmente generar reacciones condicionadas.

Por lo cual, se considera que las personas con trastorno de pánico se vuelven extremadamente reactivos a sus estados fisiológicos. Asimismo, el individuo que vivencia una crisis de pánico intenso, que puede estar acompañado de palpitaciones, sudoración, mareos, etc. Se puede comprender que una sola de estas experiencias bastara para que le genere el conocido y característico miedo al miedo o miedo a las crisis de pánico, expresión que alude al temor a volver a sentir las sensaciones psicológicas y corporales asociadas. Para Faravelli. & Panionni. (2001), citados por Maero (2013) “hablan de “hipocondriasis” para referirse a la ansiedad e hipervigilancia respecto a las sensaciones físicas que se vuelve habitual para los individuos con trastorno de pánico” (p. 79).

El ciclo del “miedo al miedo” es el encargado de mantener el trastorno, debido a que el paciente aprende a temerle a los síntomas físicos de ansiedad y de pánico. Ya que, tiende a realizar interpretaciones catastróficas a partir de sus sensaciones somáticas, producidas por la hipervigilancia automática (por ejemplo: “puedo morirme”, “estoy teniendo un ataque al corazón”, “me voy a desmayar”). Este tipo de pensamientos son clave para la activación de respuestas de pánico. Las primeras crisis de pánico son desencadenadas, por lo general por sobrecargas de estrés, pero los ataques posteriores suelen activarse por las interpretaciones catastróficas de los síntomas iniciales y por la percepción de sus consecuencias, lo que hace que se active la respuesta de alarma del organismo ante el peligro. Los recuerdos de ataques anteriores, sobre todo los más intensos y catastróficos, contribuyen a mantener un estado de hipervigilancia frente a posibles repeticiones. Con el paso del tiempo el ciclo del “miedo al miedo” se acentúa en un círculo vicioso de hipervigilancia a las sensaciones somáticas, que, interpretadas de manera negativa, dando lugar a mayor evitación y restricción de movimientos o actividades.

Para Bados (2005) considera que la ansiedad anticipatoria tiene diversos significados:

- a) preocupación por experimentar un ataque de pánico o una fuerte ansiedad debido a las consecuencias que pueden tener;
- b) expectativa o preocupación sobre cuándo ocurrirá el siguiente ataque de pánico;
- c) tendencia persistente a temer las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad; la evaluación de este temor incluye o puede incluir las posibles cogniciones catastróficas asociadas a dichas sensaciones (p.5).

1.2.4.2. Interpretación catastrófica de las sensaciones

Desde una perspectiva cognitiva se plantea que el trastorno de pánico se establece mediante un proceso de interpretación catastrófica de las sensaciones corporales, sintiéndolas como un signo evidente de un infarto, desmayo, pérdida del control, etc. Esta interpretación que se hace favorece un circuito de Feedback que puede desembocar en otro posible ataque.

Asimismo, podemos incluir:

- **Desencadenantes situacionales:** pese a que los manuales diagnósticos como el DSM – IV y el CIE – 10; resaltan que deben cumplirse ciertos criterios para el diagnóstico final del trastorno de angustia sin embargo, la mayoría de los episodios se desencadenan o son provocados por la exposición a un estresor identificable.
- **Activación fisiológica aguda:** la aparición repentina de los síntomas fisiológicos, es uno de los criterios más fundamentales de la crisis de angustia, teniendo en cuenta no es un criterio determinante del trastorno. No obstante, lo crítico en la aparición de la angustia no es tanto la existencia de síntomas fisiológicos son la interpretación catastrófica de que hace de esos síntomas.
- **Hipervigilancia de las sensaciones corporales:** los individuos que padecen crisis de angustia, presentan una elevada sensibilidad hacia los síntomas físicos vinculados con el miedo principal, aunque, no se sabe con certeza si pueden detectar mejor las sensaciones corporales.
- **Interpretación catastrófica:** lo fundamental en los episodios de angustia es la predisposición a interpretar de manera errónea las sensaciones corporales, provocando un incremento en los síntomas.

- **Aprensión a las futuras crisis de angustia:** la presencia del miedo intenso y la evitación hacen que desarrollen una forma rápida de aprensión a las futuras crisis.

1.2.5. Síntomas La respuesta de ansiedad puede llegar a constituirse en diversos trastornos psicológicos, pero en su inicio siempre presenta unas pautas comunes. Estas pautas vendrían hacer alguna constelación de signos y síntomas que afectan, de algún modo, a los sistemas de respuesta del individuo. De acuerdo a ello se distinguen tres síntomas: fisiológico, cognitivo y motor.

- **Síntomas psicofisiológicos:**

- **Sistema nervioso:** cefaleas, mareos, vértigo, alteraciones visuales.
- **Sistema nervioso simpático:** sofoco, sensaciones de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos.
- **Sistema cardiovascular:** taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica.
- **Sistema respiratorio:** dificultad para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación).
- **Sistema digestivo:** dolor abdominal, náuseas, vómitos.
- **Aparato locomotor:** tensión muscular, temblores, hormigueo, parestesia, dificultad de coordinación.

- **Síntomas cognitivos:**

- Preocupación injustificada, intensa y constante.
- Miedo o temor injustificado, desproporcionado e irracional.
- Aprensión generalizada (expectativa de catástrofe inminente).

- Anticipación temerosa de situaciones evaluadas como amenazantes.
- Recurrencia de ideas negativas, irracionales e inquietantes (distorsiones del pensamiento)

- **Síntomas motores:**

- Enlentecimiento motor.
- Inquietud, hiperactividad y movimientos repetitivos (tics nerviosos).
- Conductas de evitación.

El trastorno de pánico se caracteriza por ataques recurrentes de ansiedad grave, los cuales no se limitan a alguna situación específica. Para el manual diagnóstico CIE – 10 (2000) considera que deben cumplirse los siguientes síntomas para un diagnóstico final.

- A. El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específico, y que se producen espontáneamente.
- B. Un ataque de pánico se caracteriza por lo siguiente:
 1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.
 2. Se inicia abruptamente.
 3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos algunos minutos.
 4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a) – b).

Síntomas autonómicos:

- a) Palpitaciones o golpes del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.

- b) Sudoración.
- c) Temblores o sacudidas.
- d) Sequedad de boca.

Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:

- e) Dificultad para respirar.
- f) Sensación de ahogo.
- g) Dolor o malestar en el pecho.
- h) Náuseas o malestar abdominal.

Síntomas relacionados con el estado mental:

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
- k) Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.
- l) Miedo a morir.

Síntomas generales:

- m) Sofocos de calor o escalofríos.
- n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

C. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico u otros trastornos mentales, como esquizofrenia y trastornos del humor (afectivo) o trastornos somáticos.

1.2.6. Tipos de ataques de pánico Como se viene señalando no existe una regla exclusiva para el diagnóstico de los ataques de pánico, para Caballo (1997). Señala que los ataques de pánico pueden diferenciarse según tres tipos:

1. Ataques de pánico espontáneos: en los que no se conocen estímulos situacionales desencadenantes.

2. Ataques de pánico situacionalmente determinados: en donde invariablemente se identifica un estímulo situacional específico (este asociado a menudo con los trastornos fóbicos).

Ataques de pánico situacionalmente predisuestos: en los que es probable, aunque no de forma invariable, la identificación de un estímulo situacional específico como precursor del ataque de pánico (está asociado al trastorno fóbico con agorafobia) (p. 114).

1.2.7. Naturaleza Una interrogante que se formulan reiteradas veces las personas que padecen de trastorno de pánico es, cual es el origen de estos síntomas; la mayor parte de los estudios clínicos sobre la cuestión se esbozan tres tipos de factores etiológicos: factores distales, estrés psicológico y condicionamiento. En primer lugar, tenemos a los factores distales: se refiere a estilos de crianza durante la niñez. Con frecuencia las personas que padecen ataques de pánico han recibido una educación en la que se sobredimensionaba la posibilidad de sufrir catástrofes al largo de su vida, ocasionando un estilo cognitivo caracterizado por rumiaciones excesivas de peligro). En segundo lugar, encontramos el estrés psicológico: sucesos específicos en la vida que actúan como detonantes del ataque de pánico; en este caso el estrés actúa como un valor acumulativo. En tercer lugar, el condicionamiento: en el primer ataque de pánico,

con frecuencia se producen asociaciones entre los síntomas percibidos y el contexto en el que se dan.

1.2.7.1. Situaciones evitadas y/o temidas

La evitación a las situaciones temidas, son influenciadas por múltiples factores, provocando conductas defensivas que producen alivio inmediato, pero contribuyen a mantener la ansiedad; debido, que una parte imposibilita el procedimiento de las amenazas percibidas y por otra parte el sujeto cree que ha evitado el desastre gracias a las conductas defensivas. Para Salkovskis (1999), citados por Bados (2005)

consideran que, dentro del término de conductas defensivas o conductas de búsqueda de seguridad a la evitación de situaciones temidas, al escape de las mismas y a las conductas que ocurren en una situación con la intención de prevenir la catástrofe anticipada. Llegando a la conclusión que la ansiedad anticipada puede ser peor que la ansiedad experimentada en la situación temida, (p. 48).

1.2.7.2. Los ataques de pánico

Un ataque de pánico consiste en un miedo intenso, aprensión, temor o malestar que va acompañado frecuentemente de una sensación de peligro o catástrofe inminente.

En general los síntomas más habituales ya sea en adultos, adolescentes y/o niños son las palpitaciones, mareos, dificultad para respirar, sudoración. Hay que hacer notar, que durante los ataques de pánico suele presentarse un deseo intenso de escapar de la situación y pensamientos de catástrofe inmediatos; por lo cual es arduo mantener un patrón racional de pensamiento. No obstante, los ataques de

pánico provocan que el sujeto termine agotado y con ansiedad residual moderada o elevada, pero no son considerados peligrosos. Y es aquí donde acuden a los centros de emergencias.

1.2.8. Comorbilidad El trastorno de pánico se puede complicar con la presencia de otros trastornos, inclusive otros trastornos de ansiedad. La fobia social afecta hasta una tercera parte de los pacientes con trastorno de angustia. A veces resulta difícil el diagnóstico diferencial entre la ansiedad y la fobia social, sobre todo cuando las crisis de angustia se dan en situaciones sociales. Centrarse en los miedos nucleares del paciente puede facilitar el diagnóstico.

Para poder establecer el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, el paciente debe expresar una preocupación exagerada acerca de los acontecimientos de su vida y la ansiedad no se manifiesta únicamente en la aparición de las crisis recurrentes de angustia, asimismo se puede hablar que su naturaleza es episódica y progresiva, en comparación con la ansiedad más persistente, pero con menos intensidad como es en el caso de la ansiedad generalizada.

En el caso de las fobias específicas, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo – compulsivo, puede ocurrir crisis de angustia, siempre y cuando se expongan o anticipen a la situación fóbica. Los cuadros de angustia de estos pacientes surgen en situaciones específicas y no aparecen de manera espontánea.

La depresión puede preceder o surgir después del comienzo del trastorno de pánico y reflejar entonces una desmoralización reactiva a los efectos negativos de la angustia, o puede de que constituya una alteración independiente, la presencia de un trastorno de depresión asociada puede complicar el tratamiento y aumentar la intensidad general del malestar subjetivo.

El abuso de sustancias y la dependencia del alcohol también pueden afectar gran parte de la población que padece trastorno de ansiedad. Algunos pacientes señalan que el abuso de alcohol se desencadenó como medio para controlar la ansiedad. Se debe tener en cuenta que el abuso de alcohol puede contribuir una contraindicación y generar otro tipo de problema.

La combinación de dos o más trastornos en una misma persona se denomina comorbilidad. Los estudios que han analizado la comorbilidad de los trastornos de ansiedad han encontrado que las personas que padecen algún trastorno de ansiedad presentan con mucha frecuencia otros trastornos de ansiedad o de depresión adicional y, en ocasiones, de otro tipo de trastorno, especialmente de personalidad y abuso de sustancia que suelen ser los más frecuentes.

1. Comorbilidad con trastornos del Eje 1

Sanderson (1990) citado por Viedman (2002) “examinó la comorbilidad de 130 pacientes con trastorno de ansiedad. El 70% de la muestra recibió al menos un diagnóstico adicional del Eje 1, siendo los más comunes las fobias específicas y la fobia social” (p. 47).

Por otro lado, existen evidencias que sugiere una fuerte conexión entre los trastornos de ansiedad y la depresión; ya que en un estudio se encontró que un 55% de los pacientes padecen depresión.

2. Trastornos de la personalidad

Algunos autores como Sanderson (1999) “estableció una relación entre los trastornos de ansiedad y los tres grupos de trastornos de personalidad. En general se han encontrado una mayor relación con el grupo C (ansiosos – temerosos)” (p.38).

3. Abuso de sustancias

Algunos estudios también han encontrado elevadas tasas de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias. Encontrándose particularmente tasas altas para el trastorno de pánico.

1.2.9. Diagnóstico Diferencial El diagnóstico de trastorno de pánico no debe hacerse si las crisis de ansiedad se consideran secundarias a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, en cuyo caso el diagnóstico adecuado es trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas. Entre las enfermedades médicas que pueden producir crisis de angustia se encuentran el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo y las enfermedades cardíacas (arritmias, taquicardia, etc.) las pruebas de laboratorio o las exploraciones físicas pueden ser útiles para determinar el papel etiológico de las enfermedades médicas.

Tampoco debe diagnosticarse un trastorno de ansiedad si las crisis de pánico se consideran secundarias a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, cuyo caso el diagnóstico adecuado es trastorno de ansiedad inducido por sustancias. La intoxicación con estimulantes del sistema nervioso central (cocaína, anfetaminas, cafeína) o con cannabis, y el abandono del consumo de depresores del sistema nervioso central (alcohol, barbitúricos) pueden precipitar una crisis de angustia. Además, dado que los trastornos de angustia pueden, en algunos individuos, preceder al consumo de sustancias y estar asociados a un aumento del consumo excesivo de éstas con el propósito de automedicarse, debería obtenerse una detallada historia clínica para determinar si el enfermo ha padecido crisis de angustia antes del consumo excesivo de estas sustancias.

El trastorno de angustia debe diferenciarse de otros trastornos mentales por ejemplo otros trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos, que también se

relacionan a las crisis de angustia. El trastorno de angustia, por definición, se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas (espontáneas, no desencadenadas por estímulos ambientales y sin ningún motivo aparente que los justifique) cabe resaltar, como anteriormente ya se mencionado existen 3 clases de crisis de angustia: inesperadas, situacionales y más o menos relacionadas con una situación determinada. Las crisis de angustia que tienen lugar en el contexto de otros trastornos de ansiedad son de carácter situacionales o relacionadas con situaciones determinadas:

- La fobia social: es desencadenada por acontecimientos sociales.
- Fobia específica: por un objeto o situación determinada.
- Trastorno de ansiedad generalizada: por la preocupación flotante.
- Trastorno obsesivo – compulsivo: por exposición o pensamiento sobre el motivo que centra las obsesiones.
- Trastorno por estrés postraumático: por estímulos que recuerdan el desencadenante.

El objeto en el que se centra la ansiedad también es útil para diferenciar el trastorno de angustia con agorafobia de otros trastornos caracterizados por comportamientos de evitación. La evitación agorafóbica se asocia al miedo de padecer una crisis de angustia o síntomas parecidos, mientras que la evitación de otros trastornos se asocia a la preocupación sobre las consecuencias negativas o dañinas que derivan del objeto o la situación temida (separación de los padres en el trastorno de ansiedad por separación y persecución en el trastorno delirante).

1.2.10. Modelos explicativos

A). Modelo tridimensional de la ansiedad

El modelo tridimensional fue inicialmente planteado por Peter Lang en el año 1968, propone que la ansiedad comprende tres sistemas de comportamiento, las cuales son: conductas motoras, expresiones lingüísticas y estados fisiológicos. Para Cia (2009) constituye el ya mencionado modelo de los tres sistemas. La respuesta motora habitual, en relación a estímulos que eliciten la ansiedad, comprende conductas evitativas y otros aspectos del comportamiento, como un aumento o una disminución de la gesticulación, cambios en la postura y temblores, (p. 49).

El componente de expresión lingüística, llamado originalmente por Lang (1985) sistema verbal cognitivo, se refiere a los sucesos cognitivos o a la descripción verbal de los mismos. En un sentido amplio, puede comprender toda la percepción o evaluación subjetiva del estímulo. El componente o sistema fisiológico de la ansiedad, se asocia con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático.

Las crisis de pánico es el resultado de poner en marcha la reacción de alarma o sistema de alarma, que en situaciones reales nos pone a salvo, pero en las crisis de pánico se activa sin que exista un peligro real por lo cual lo llaman falsas alarmas que se producen ante situaciones donde no hay ningún daño. Según Monmbelli (2016) existen tres puntos

El primer punto: sensaciones internas, suelen ser las palpitaciones, sudor, escalofríos, temblores, falta de aliento, opresión o malestar en el pecho... despersonalización (sentirse como separado de uno mismo), desrealización

(sensación de irrealidad) o parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo). Segundo punto: interpretaciones catastróficas, suelen concretarse en las creencias de que las sensaciones internas son peligrosas y que al experimentarlas está a punto de morir, volverse loco o perder el control porque no puede entenderlas...pueden limitarse a la creencia de que dichas sensaciones son terribles y no pueden soportarlas. Tercer punto: reacciones de alarma, es un mecanismo reflejo del organismo... esta reacción puede producirse, aunque no exista un peligro real, basta con que creamos que estamos en peligro (p. 56).

Al creer que se encuentra en peligro se pone en marcha su sistema de alarma, que lo lleva a que aumente sus sensaciones internas; al incrementar sus sensaciones lo interpreta como que algo malo le está pasando, por lo cual aumenta más su ansiedad y a la vez se intensifica su sistema de alarma; de esa manera se forma un espiral, o círculo vicioso que terminará en una crisis de pánico.

B). Modelo comportamental

Las aproximaciones comportamentales a la ansiedad están basadas en el supuesto de que la ansiedad puede ser pensada como una respuesta emocional condicionada (Wolpe y Rowan, 1988). El supuesto inicial se basó en los procesos de condicionamiento clásico podrían explicar el apareamiento de estímulos neutrales previos con la provocación de una respuesta de ansiedad incondicionada, para generar la ansiedad fóbica, este supuesto probó ser útil para desarrollar métodos de tratamiento, sobre todo la desensibilización sistemática. El punto relevante de la evaluación ansiosa desde esta perspectiva es que la ansiedad es

una respuesta emocional condicionada, lo cual confirma la idea de que la ansiedad está vinculada a un estímulo o a una situación

1.3. La terapia cognitivo conductual

1.3.1. El modelo cognitivo para el pánico El constructo central de la teoría cognitiva de los trastornos de ansiedad es el concepto de esquema. Por lo cual los esquemas desadaptativos del paciente ansioso son interpretados como amenazas percibidas, físicas o psicológicas. Quienes padecen de crisis de ansiedad en su gran mayoría no reconocen sus bases cognitivas; pese a ello la cognición desempeña una función mediadora tal como: situación provocadora – pensamiento/valoración ansiosa – sentimientos de ansiedad.

Los individuos suelen creer que son las situaciones y no las cogniciones, son las responsables de su malestar. De acuerdo a todo esto no son las situaciones lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en modo en el que se valora o evalúa la situación

El ataque de pánico según Barlow (1988) citado por Caballo (1997) “como un disparo erróneo del “sistema de miedo” así mismo, plantea que una vulnerabilidad psicológica explica el desarrollo de la aprensión ansiosa sobre la recurrencia del pánico, que, a su vez conduce a la aparición del trastorno de pánico” (p. 237).

La vulnerabilidad psicológica se puede interpretar como un conglomerado de creencias con contenido de peligro sobre los síntomas del trastorno. Estas creencias surgen a partir de distintas experiencias vitales (síntomas corporales).

Se desarrollan asociaciones de miedo, condicionadas clásicamente, con distintos aspectos del contexto en el que ocurrió el ataque de pánico, incluyendo los alrededores de la situación y los síntomas de activación.

El condicionamiento interoceptivo es una forma de condicionamiento que es relativamente resistente a la extinción y no consiente. Es decir, las respuestas de temor condicionadas interoceptivamente no dependen del conocimiento consciente sobre los estímulos desencadenantes.

Para este modelo de explicación parece ser que los ataques de pánico no son provocados por un estímulo a que ocurren de repente, ya que son desencadenados por alteraciones sutiles e inofensivas fisiológicamente, sobre el que el sujeto no es totalmente consciente.

En relación a las evaluaciones cognitivas erróneas del peligro (miedo a morir o perder el control) incrementen la activación de miedo, que a su vez intensifica las señales de temor; en efecto se mantiene un ciclo vicioso de “miedo al miedo” (miedo a las sensaciones fisiológicas). En definitiva, el trastorno de pánico se considera básicamente una fobia a los estímulos corporales.

Según Aguado (2009) “menciona que el modelo cognitivo - conductual tiene como idea central que los trastornos emocionales, tales como los trastornos de ansiedad, surgen a partir de como el individuo interpreta determinados hechos que le suceden, generando expectativas en función a éstos” (p. 115).

Los sujetos que padecen trastornos de ansiedad están sobreestimando sistemáticamente el peligro inherente a una situación dada. Esta sobreestimación activa de forma automática el llamado programa de ansiedad, el cual consiste, en un conjunto de respuestas heredadas y que nos protegen del peligro. Siendo el problema principal es la sensación de vulnerabilidad, percibiéndola como la percepción de sí mismo que tiene éste como sujeto sometido a peligros internos y externos ante los que no puede ejercer ningún control.

1.3.2. Supuesto básico Para Rodríguez (2011) establece que el supuesto básico

proviene de la obra: El Enchiridión, de Epíteto (55 – 135 d.c.), filósofo griego de la escuela Estoica. Cabe resaltar, entonces, que, si bien la terapia cognitiva surge a principios de los años 60 con los desarrollos realizados en forma independiente por los doctores Aaron T. Beck y Albert Ellis, sus bases filosóficas se remontan al nacimiento mismo de algunas de las escuelas de pensamiento más antiguo. De hecho, ambos autores han reconocido la influencia del estoicismo griego, (p. 113).

En el libro de Enchiridión, el griego Epíteto proclamaría que no eran los hechos objetivos los que perturbaban la dinámica del alma, sino la interpretación que cada hombre hacía de éstos. Siguiendo este supuesto, el postulado central de la terapia cognitiva es que los hombres hacemos activa y singular de los estímulos internos y externos, la cual influirá en el modo en que nos sentimos y comportamos.

De lo comentado anteriormente se desprenden una serie de nociones implícitas en el mismo, ya que, la noción de que no existiría una realidad única, verdadera, objetiva, sino que ésta sería una construcción de cada ser humano, y, por ende, poseería características diferentes para cada uno de nosotros. Los hechos en si no significan nada, sino el significado que le atribuimos.

1.3.3. Características J. Beck (1995) manifiesta que existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva.

2. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.
3. La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica.
4. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y participación activa.

5. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
6. La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.
7. La terapia cognitiva es educativa, tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas.
8. La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.
9. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
10. La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
11. La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta (p. 21).

Asimismo, Beck (1983) en su libro menciona que la terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en las siguientes características:

1. Empirismo colaborativo.
2. Se centra en el aquí y ahora
3. Hace énfasis en sus sobre las experiencias internas (mentales) del paciente (p. 25).

1.3.4. Principios En cuanto a los principios de la terapia cognitiva – conductual Mahoney (1977) señala lo siguiente:

2. El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio y no al medio propiamente dicho.
3. Las representaciones cognitivas están relacionadas con los procesos del aprendizaje.

4. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognitivamente.
5. Los pensamientos, sentimientos y conductas son causalmente interactivos (p. 125).

1.4. Técnicas de intervención Los avances en el tratamiento del trastorno de pánico han sido muy notables, sobre todo basándose en el modelo Cognitivo – Conductual; se considera la eficacia de este tratamiento por su mantenimiento a largo plazo. Para Buela (2001)

el principal objetivo del tratamiento será conseguir que el sujeto afronte sus miedos. Para ello, el tratamiento se dirige también a controlar los pensamientos y emociones negativas...es decir, para combatir los pensamientos catastróficos emplearemos terapia cognitiva, para el control de las emociones negativas se utilizarán técnicas de desactivación (por ejemplo, la relajación), y para afrontar el pánico se recurrirá a técnicas de exposición a estímulos internos y externos (p.97).

presenta a continuación el listado de técnicas de intervención de elección, para ***el presente estudio de caso.***

1.4.1. El reentrenamiento de la respiración En el planteamiento de los ataques de pánico donde se enfatiza la hiperventilación, dichos ataques se consideran estimulados por el estrés, cambios respiratorios o bien provocan miedo porque se perciben como amenazantes. Buela (2001) “el reentrenamiento en la respiración lenta está especialmente indicado en los casos en los que la hiperventilación juega un papel importante en las crisis de angustia” (p.99).

Se debe tener en cuenta que el reentrenamiento en la respiración, va de la mano con la reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva, actividades que se irán describiendo más adelante. Según Echeburúa (1993) citado por Buela

(2001) propone las siguientes acciones al percibir los primeros signos de hiperventilación:

- Interrumpir lo que se esté haciendo y sentarse o, al menos, concentrarse en los pasos siguientes.
- Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas y contar hasta 10.
- Al llegar a 10 espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra “tranquilo”.
- Inspirar y espirar en ciclos de seis segundos (tres para inspiración y tres para espiración), diciéndose a sí mismo “tranquilo” cada vez que se espire; habrá 10 ciclos de respiración por minuto (p. 112).

1.4.2. La relajación Una forma de relajación conocida es como relajación progresiva de Jacobson, que ha demostrado resultados prometedores para el tratamiento del trastorno de pánico. De la misma forma, Caballo (1997) menciona que “la relajación aplicada conlleva el entrenamiento en la relajación muscular progresiva (RMP) hasta que el sujeto se muestre habilidoso en el empleo de la técnica” (p.126). Por otro lado, el temor y la ansiedad disminuyen en la medida en que la relajación proporcione una sensación de control o dominio.

Es inasequible encontrarse relajado físicamente y tenso emocionalmente al mismo tiempo, sin embargo, se puede aprender a sacar utilidad de este vínculo entre el cuerpo y la mente. Por otra parte, Méndez (2010) considera

que la relajación progresiva se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto... Por lo cual se enseña al sujeto a

identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en las distintas partes de su cuerpo a través de ejercicios de tensión y relajación (p. 39).

1.4.3. Reestructuración cognitiva El tratamiento cognitivo para combatir el trastorno de pánico, se centra en modificar las evaluaciones erróneas. Por lo cual, se cree que es importante los pensamientos catastróficos en las crisis de pánico (voy a perder el control, no podré soportarlo, etc.), de forma que la modificación de dichos pensamientos constituye uno de las bases centrales del programa. Para Buela (2001) “los pensamientos son tomados como hipótesis y, de forma análoga a como haría un científico, deben buscarse argumentos a favor y en contra, y realizar experimentos conductuales para ponerlos a prueba, rechazándolos en caso de que resulten ser falsos” (p. 235).

Como se irá encaminando, a lo largo del desarrollo de las discusiones cognitivas existen dos tipos generales de errores que son notables en el trastorno de pánico” (p. 104). Por otro lado, Barlow & Craske (1994), citados por Buela (2001) concluyeron que uno de ellos es la sobre estimación de la probabilidad de ocurrencia de algo negativo... El otro tipo de error relevante es el pensamiento catastrófico (por ejemplo, las consecuencias temidas son peligrosas, insufribles, insoportables, etc.). Un pensamiento común basado tanto en la sobreestimación como en la catastrofización que tienen algunos sujetos es que el pánico y la ansiedad duraran siempre (p.124).

Para finalizar, se debe tener en cuenta que la reestructuración cognitiva satisface dos funciones en la terapia cognitiva, la primera de ellas es; presentar evidencias que aclaren la malinterpretación catastrófica y la segunda es; la producción de pensamientos alternativos.

1.4.4. Exposición interoceptiva Con respecto a la exposición interoceptiva, se debe saber que se encuentra estrechamente vinculada con el proceso de discusión cognitiva. A su vez puede servir como experimento conductual que nos permita la modificación de los pensamientos catastróficos a través de la experiencia vivida por el sujeto. Así mismo, el objetivo de la exposición interoceptiva, consiste en debilitar el vínculo entre las señales corporales específicas y las reacciones del pánico. La base teórica de la exposición interoceptiva es la extinción del miedo, considerando el planteamiento de los ataques de pánico como alarmas aprendidas o condicionadas ante sensaciones corporales. Según Barlow (1988) citado por Caballo (1997) “la exposición interoceptiva se lleva a cabo por medio de procedimientos que provocan de forma fiable sensaciones similares a las del pánico, como ejercicios cardiovasculares, inhalaciones de dióxido de carbono, girar en una silla y la hiperventilación” (p. 234).

1.5. Eficacia de la terapia cognitiva – conductual en el trastorno de pánico

Para Bermúdez (2016]) La presente investigación entrega una revisión conceptual acerca del abordaje psicoterapéutico grupal desde el modelo cognitivo conductual para

Los trastornos de pánico midiendo la efectividad de una propuesta de intervención psicoterapéutica grupal aplicada a un grupo piloto de pacientes del Hospital Adriana Cousiño de Quintero utilizando seis instrumentos de medición. Concluida la intervención, y contemplando un seguimiento a tres meses, se observaron cambios estadísticamente significativos cercanos al 50% de las mediciones comparadas y una reducción de los síntomas del pánico en todos los participantes, así como también una reducción de los

síntomas agorafóbicas con respecto a situaciones evitadas. Al seguimiento de tres meses, ningún participante reportó la presencia de crisis de pánico sufridas.

La eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el trastorno de pánico (TP) con o sin agorafobia está bien documentada, pero existen pocos datos sobre su efectividad en formato grupal. El objetivo del presente estudio era valorar la efectividad de la TCC grupal en una muestra de pacientes con TP en una unidad especializada. Método. El tratamiento consistió en 9 sesiones de TCC con frecuencia semanal en 56 pacientes con TP. Se realizaron evaluaciones en el momento inicial, al final, al mes y los 3 meses de seguimiento. Resultados. Tras la intervención cognitivo-conductual, se observó una disminución significativa en las puntuaciones de la sintomatología de pánico-agorafobia y variables relacionadas, que se mantenía en el seguimiento a 3 meses. No se observaron diferencias entre aquellos pacientes que realizaron tratamiento único (TCC) y los que realizaron tratamiento combinado (TCC+ tratamiento farmacológico). Sólo la sintomatología de pánico-agorafobia inicial se mostró como un buen predictor de la respuesta final al tratamiento (a mayor intensidad, menor respuesta a la TCC). Conclusiones. Los resultados indican que TCC aplicada en formato grupal a pacientes con TP en un servicio especializado es un tratamiento efectivo.

Se presentan los resultados de un proyecto de investigación clínica desarrollado en la Dirección General de Salud y Asistencia Social, UBA, que evaluó la eficacia terapéutica en los tratamientos del ataque de pánico. Para ello se compraron dos modalidades terapéuticas: psicoterapia focal de orientación psicoanalítica (POP) y el tratamiento combinado (TC) – POP y el tratamiento psicofarmacológico. La muestra fue constituida por 55 sujetos con trastornos de

pánico, según los criterios del DSM – IV TR, que recibieron aleatoriamente uno u otro tratamiento durante 12 sesiones a razón de una sesión semanal. Los resultados obtenidos demostraron que POP y el TC constituyen modalidades de intervención eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico, permitiendo reducir la sintomatología del mismo, mejorar la calidad de vida del paciente y mantener los resultados a largo plazo. POP favorece la adherencia al tratamiento farmacológico. El TC no mostro diferencias significativas respecto del POP con relación a su eficacia.

En contraposición a los resultados obtenidos en este estudio de caso se señala que; la utilización de la hiperventilación voluntaria (HV) se ha ido extendiendo en los últimos años a la práctica clínica como herramienta terapéutica de exposición a elevados niveles de actividad fisiológica en el tratamiento de angustia, a pesar de las limitaciones que ofrece. La HV no produce experiencia de ansiedad en todos los sujetos, sino que se han encontrado importantes diferencias individuales asociadas a algunos factores. Por otra parte, Cano (2009) manifiesta

El propósito de este artículo es revisar la literatura científica para comprobar la capacidad de predicción de dichos factores a la hora de producir experiencias de ansiedad mediante la HV. Constructos psicológicos como la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad o el nivel de ansiedad en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), afectan a la experiencia de ansiedad ante la HV, en poblaciones clínicas y normal. A la luz de los resultados, se observa que la recomendación de usar la HV como exposición interoceptiva en cualquier paciente con pánico debería ser revisada y probablemente sustituida a favor de una intervención más cognitiva (párr. 5).

Capítulo II

Presentación del caso

HISTORIA CLÍNICA

2.1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: María.
Edad	: 26 años.
Sexo	: femenino.
Fecha de nacimiento	: 04 de junio de 1989.
Lugar de nacimiento	: Piura.
Grado de Instrucción	: Superior Técnico.
Ocupación	: Técnica en enfermería.
Número de hermanos	: 4 hermanos.
Lugar que ocupa entre los hermanos	: 4° de 5.
Estado civil	: Soltera.
Religión	: Católica.
Lugar de Residencia	: Ancón (Santa Rosa).

2.2. Motivo de consulta

Paciente acude a consulta y refiere: “vengo al servicio de psicología, por derivación del servicio de neurología; porque más o menos desde hace 1 año, en junio del 2015, me siento muy mal ya que, siento mareos, palpitaciones, falta de aire, sudoración de manos, se me tensa las articulaciones y siento

como si me fuera a desmayar en cualquier momento. Este malestar me dura en un promedio de 3 a 8 minutos, llegando a veces a 10 minutos; es ahí donde no lo puedo controlar y por esa razón he llegado al servicio de emergencia en 2 oportunidades. Todo empezó un día normal para mí, pero de la nada sentí un mareo y tenía la sensación que me iba a desmayar, no sentía mi cuerpo y mi corazón latía tan fuerte que lo podía escuchar. Esa fue la primera vez que estuve en emergencia y me diagnosticaron arritmia cardiaca y me dieron medicamentos. Pero con el tiempo los medicamentos no me hacían nada y fue cuando ingrese nuevamente a emergencia y en ese momento me diagnosticaron un cuadro de ansiedad. Yo me empecé a dar cuenta cuando era mi problema por la arritmia o mi cuadro de ansiedad; es porque cuando me da mi ataque de arritmia solo siento que mi corazón late más rápido, pero cuando es por la ansiedad, se me juntan todos los síntomas que ya le comenté. Ya no sé qué hacer con este malestar, aparecen de la nada y he llegado a tener 4 episodios de ansiedad en una semana. Eso me desespera porque no los puedo controlar. Y es como si mi cerebro diera una orden y mi cuerpo no lo obedece. El último episodio de ansiedad que tuve me asusté mucho porque pensé que me iba a dar un paro cardiaco. Asimismo, en 2 oportunidades no he podido dormir o me despierto porque sentía que mi corazón latía muy rápido y mi respiración se me aceleraba”. Estas dificultades la hacen sentir intranquila, pues señala que de la nada le aparecen los síntomas. Las dificultades hacen que la paciente sienta miedo hacia al futuro y teme no poder contra ellos. Y suele pensar porque le sucede esto. Sin embargo, ante estas dificultades, la paciente trata de seguir haciendo sus deberes tanto en el trabajo como en casa.

Expresa tener dificultad para poder iniciar una conversación con sus pares o que en ocasiones no hace valer sus derechos. Se considera una persona tranquila y pasiva; que en ocasiones se le hace difícil decir no pues teme dañar a las personas con sus negativas. Además, suele estar de acuerdo en todo lo que le dicen. Al respecto, refiere que no emite opiniones, aun cuando esté en desacuerdo; salvo situaciones extremas, pero no lo hace de manera asertiva.

I. Episodios previos:

La paciente no refiere ningún episodio previo

II. HISTORIA DE CONDICIONAMIENTO:

La situación de la evaluada se puede explicar por un condicionamiento, al inicio, de tipo clásico, siendo el estímulo incondicionado los latidos cardiacos más rápidos. Lo cual provocó que la paciente le preste mayor atención y se preocupe por ellos; convirtiéndose en ese momento en una respuesta incondicionada. Asimismo, el desarrollo de los síntomas desencadenantes del malestar se volvió en un estímulo neutro. Debido, al apareamiento entre los síntomas percibidos con la preocupación por ellos. Desencadenando en la paciente un temor ante la más mínima sensación que experimente en su cuerpo. Asociándola con que le puede venir una crisis de pánico, convirtiéndose en una respuesta condicionada (Condicionamiento clásico). Por otro lado, el estilo de afrontamiento que ha adopto la paciente es la de temer las reacciones fisiológicas intensificadas de su cuerpo. Lo cual ha provocado evitar realizar actividades como son: correr, bailar, dar vueltas o realizar sus quehaceres más rápido debido, a que le generen un aumento en

sus reacciones fisiológicas. Y de esta manera tratar de evitar la ansiedad que la aqueja cuando debe enfrentarse a estas. (Condicionamiento operante).

III. HISTORIA PERSONAL:

Desarrollo Inicial

– **Embarazo:** la paciente fue el cuarto embarazo de su madre, ella tenía 27 años. No presento ninguna dificultad en el desarrollo de la gestación, manifestando que su estado emocional se mantuvo estable debido, a que como se encontraba en provincia su vida era más tranquila. Fue deseada por los padres y se tuvo acompañamiento por parte del padre en el embarazo.

– **Parto:** el parto fue natural y se produjo a término de los 9 meses de gestación. Lloró al nacer de manera inmediata, no requirió de inhalación de oxígeno, tuvo un peso y medida acorde a los parámetros establecidos de normalidad según la escala de Apgar. No se presentó ninguna complicación en la madre ni en la paciente. Nació en el hospital central de Piura.

– **Lactancia:** fue exclusiva hasta cerca de los siete meses, y se le fue retirando gradualmente, alternando con lecha maternizada (formula).

Desarrollo psicomotor:

Con respecto al desarrollo neuromuscular, levantó la cabeza a los 3 meses, se sentó, gateó, se paró cerca de los 5 meses y camino sin apoyo al año y 2 meses; le aparecieron sus primeros dientes a los 8 meses y dijo sus primeras palabras cerca del año. Primeras frases a los 3 años, cabe precisar que en esta época no recibió mucha estimulación por parte de los padres,

debido a que ella era la cuarta de un total de 5 hijos del matrimonio. Control de la vejiga a los 2 años y el control de la evacuación intestinal cerca de los 3 años.

Desarrollo de su infancia:

Durante su primera infancia, no presentó problema alguno, sin embargo, a los 6 años inicia la conducta de comerse las uñas, ante situaciones que le causaban ansiedad, como era conocer gente nueva, ir a lugares desconocidos, salir sola. Asimismo, expresó que ella desde los 10 años de edad empezó a comportarse como una adulta, pues tenía a 2 de sus hermanas enfermas (asma) y sus padres por ese motivo se encontraban ausentes la mayor parte del día, y ella tenía que hacerse cargo de su hermano menor.

Educación

Empezó la educación pre inicial a la edad de tres años. No presento dificultades para adaptarse al ámbito del nido.

Asimismo, en primaria, tuvo un rendimiento por encima del promedio en todas las asignaturas, señala que ella realizaba sola sus tareas y no requería ayuda. No obstante, la situación de la escuela le empezó a generar dificultades en las relaciones interpersonales cuando ingresó a la secundaria debido, a que sacaba buenas notas y eso ocasionaba que la molesten, diciéndole que ella era la sabelotodo y la engreída de los profesores. Esto provoco que se metiera más en los estudios, y alejarse de los compañeros.

Relaciones interpersonales en la adolescencia:

Debido a las dificultades que presentó en secundaria, comenzó a evitar a los compañeros, cuando terminaba el horario escolar, se dirigía directamente a casa; no era de salir a fiestas y preferiría quedarse en casa. Aunque, señala que solía salir con sus hermanas y primos que son de su edad. Hay que precisar que los padres no le permitían salir con facilidad, no sabía qué hacer, ni que decir, situación que cambia posteriormente debido a que cuando inicia sus estudios técnicos se vuelve más abierta, se desenvuelve mejor, En la actualidad tiene amigos de ambos sexos, ya no tiene problemas para relacionarse inclusive con personas que recién conoce.

Además, refiere que no le incomoda tener amigos de otra orientación sexual puesto, que considera que no los juzga por la orientación que tengan sino, la paciente toma en cuenta más como es la persona, en relación a sus principios.

Ahora como adulta y como consecuencia de la problemática presente se muestra, vulnerable ante las críticas. Asimismo, presenta dificultades para expresar adecuadamente sus ideas, a causa de temer la reacción de sus pares y a la imposibilidad de manejar conflictos con los mismos. Debido, a sus problemas actuales; necesita muestras de aprobación de los demás para sentirse bien; debido, a los sucesos ocurridos en su vida. Se siente más alerta a los estímulos del medio y más cercana a sus familiares.

Ocupación

Actualmente está laborando en un hospital de la región Callao, en el departamento de servicio social. Donde se desempeña en el área

administrativa. Además, señala que anteriormente trabajaba como técnica en enfermería; pero debido a la necesidad de los medios económicos tuvo que buscar otro trabajo.

Historia Psicosexual

La paciente manifiesta que no recibió información sexual en casa, sin embargo, lo que sabe lo ha aprendido en el colegio. Asimismo, ha tenido 2 relaciones sentimentales; las cuales terminaron. La primera, a la edad de los 20 años, porque su pareja era mayor que ella y le insistía para formalizar, sin embargo, ella quería primero terminar de estudiar su carrera y la segunda, a los 23 años, fue porque su pareja tuvo que viajar a la ciudad de Trujillo por lo cual, ambos tomaron la decisión de terminar pues no consideraban llevar una relación a distancia. Asimismo, la paciente resalta que hasta el momento no ha iniciado su actividad sexual, y que por ello no se siente mal, al contrario, expresa que “fue criada a la antigua”.

Recreación y Vida Social

La paciente ocupa la mayor parte de su tiempo trabajando y en sus tiempos libres ayuda en casa; gusta escuchar música y ver televisión en compañía de su madre y sus sobrinos. Por otro lado, también se hace cargo del cuidado de su sobrino menor donde, salen a pasear. Al respecto, manifiesta que no le gusta realizar mucha esta actividad señalando que su sobrino está muy engreído y suele realizar muchas rabietas, como tirarse al piso y gritar cuando no le compran lo que él quiere.

Hábitos

No se evidenciaron hábitos inadecuados, teniendo en cuenta que sus intereses de preferencia son: escuchar música, escribir versos, ver películas, además, de dedicar tiempo a su familia y trabajar.

Movilidad e Instalación

La paciente nació en el Departamento de Piura, pero debido a la situación laboral de sus padres desde muy pequeña, se trasladaron a la ciudad de Lima cuando la paciente tenía 10 años, donde se instalaron en el distrito de Santa Rosa, lugar en el que se encuentra hasta la actualidad.

Enfermedades y accidentes

La paciente señala que en su infancia sufrió de amigdalitis crónica, la cual la llevo a ir al hospital en varias ocasiones debido a las altas fiebres que presentaba. Asimismo, se le complicó con bronco espasmos. Luego de eso padeció de varicela. Por otro lado, manifiesta que nunca ha recibido intervención quirúrgica.

Además, expresa que sola una vez tuvo un accidente; recuerda que cuando estaba en primaria una compañera la empujó con la puerta del baño y se hizo una contusión en la cabeza, donde recibió 3 puntos. No Ha presentado pérdida del conocimiento

Personalidad

Durante la niñez la paciente solía compartir juegos y actividades cooperativas con niños de su edad y de ambos sexos, asimismo, no tenía dificultades para interrelacionarse con sus profesores; sin embargo, a temprana edad empezó a ocupar el lugar de madre de su hermano menor, debido a que sus padres se encontraban ausentes por enfermedad de 2 de

sus hermanas. Provocando que empezara a tomar el rol de adulta, y no poder expresar sus sentimientos pues sus padres se encontraban preocupado por la salud de sus hermanas.

Actualmente la paciente presenta; indicadores de rasgos premórbidos dependientes y compulsivos de la personalidad. Caracterizándose por ser una persona con conductas prudentes y controladas, relacionada al temor a la desaprobación social. También, suele establecerse elevadas exigencias sobre sí misma. Lo cual, la lleva a adoptar un papel pasivo en sus relaciones personales. Llegando a someterse ante las exigencias de los demás a fin de mantener su afecto. Asimismo, no suele propiciar conversaciones con los demás pues teme que no le presten atención debida. Esto se encuentra afectando su rol de hija, hermana y trabajadora. Ya que señala que no puede desenvolverse adecuadamente pues teme que le surja un episodio de ansiedad que no pueda controlar. Esto se ve reforzado por los pensamientos anticipatorios que presenta debido, a que ha llegados generalizar cualquier señal de alarma de su cuerpo, con los síntomas de su ansiedad. Por otro lado, es una persona que suele preocuparse y pensar mucho en posibles errores que pueda cometer, sobre todo relacionado al momento de mantener o iniciar una conversación pues señala que no le gustaría dañar a la otra persona; resaltando que es aquella persona que no está acostumbrada a dar un no como respuesta.

IV. HISTORIA FAMILIAR:

Antecedentes generales

La familia pertenece a un estatus socioeconómico medio, de nacionalidad peruana, sus padres proceden del departamento de Piura, actualmente se encuentra viviendo en la ciudad de Lima.

Antecedentes de Parientes Paternos

La evaluada sólo conoce a algunos parientes por parte de su padre, con quienes asegura tenía una buena relación.

Por otro lado, comenta que su padre se llama Mario, tiene 56 años, es procedente del departamento de Piura, se desempeña trabajando como supervisor de mantenimiento de una cadena de hoteles, y padece de diabetes.

La paciente cuando era niña la relación que mantenía con su padre no era muy cercana, debido a que se encontraba preocupado por la enfermedad de 2 de sus hermanas que padecían de hepatitis, además, trabajaba casi todo el día. Aun eso era muy sobreprotector. Afirma que conforme fue pasando el tiempo eso cambio y la relación entre ambos se hizo distante ya que, su padre es una persona muy terca y renegona. Por tal razón no lleva una adecuada comunicación debido, a que no suele apoyarla ni entenderla con el tratamiento que esta llevado por sus crisis de pánico.

Antecedentes de Parientes Maternos

Con sus parientes maternos no lleva una adecuada comunicación puesto que suelen verse con poca frecuencia debido, a que sus familiares no viven en Lima y solo se encuentran una vez al año. Algunos tíos y primos los visitan esporádicamente; ante lo cual la paciente expresa que no suele conversar mucho con ellos ya que, no se siente en confianza porque casi no los conoce.

Comenta que su madre se llama Isabel, tiene 53 años, es procedente del departamento de Piura, es ama de casa y su estado de salud no es muy buena; pues también sufre de arritmia cardiaca. Señala que su madre actualmente sigue llevando un tratamiento, por esa enfermedad. Resalta que siempre ha llevado una excelente comunicación con ella, pues señala que es muy cariñosa y comprensiva. Pero sobre todo la apoya por la situación que está pasando. Asimismo, suele alentarle para que siga adelante. Por otro lado, suele ayudar a la paciente a tomar decisiones que ella le pide, además de aconsejarla mucho. Esta conducta de su madre, es igual con todos sus hijos. Asimismo, sostiene tenerle mucha confianza porque considera que la entiende y considera es la persona más importante para ella.

Hermanos y Hermana

Tiene cuatro hermanos, de las cuales las 3 primera son mujeres y el último es varón.

Su hermana mayor se llama Cynthia, tiene 32 años, vive aún en casa de sus padres. Asimismo, se encuentra casada y tiene 2 hijos. Lleva una inadecuada relación con la paciente pues, señala que trabaja todo el día y deja a sus hijos en casa y lo que le molesta es que los deja al cuidado su madre y que no contribuye con la economía familiar. Además, señala que su hermana no suele brindar reglas claras a sus hijos; es por eso que no obedecen. Además, no la entiende por lo que está pasando. Por otro lado, señala que Cynthia suele hablarle diciéndole que porque no es más sociable y que debería salir más y ser como ella.

Su segunda hermana se llama Leticia, tiene 30 años ella se encuentra fuera del país. Sin embargo, lleva una buena relación con ella, se comunican

por mensajes, llamadas y Facebook. Lo cual hace que la paciente pueda contarle sus cosas y recibe el apoyo de su hermana.

Su tercera hermana se llama Valeria, tiene 29 años, vive aún en casa con sus padres. La relación entre la paciente y su hermana es distante. No se hablan debido, a que la paciente expresa que su hermana actúa como si nada le importara. Asimismo, es muy fría, no se preocupa por nadie en la casa. Y cuando la paciente suele presentar sus crisis de pánico, su hermana no hace nada y solo se retira del lugar.

Su último hermano se llama Mario, tiene 21 años; vive aún en casa con sus padres. La relación entre ambos es muy buena. Ya que, la paciente refiere que él es el que más se parece a ella, en el sentido de que es más tranquilo que el resto de sus hermanas. Asimismo, ella suele contarle sus problemas y él la escucha y comprende.

Por otro lado, la paciente expresa, que anteriormente la relación con su familia era regular, pues, recuerda que cuando sus hermanas mayores aún eran pequeñas su padre solía golpearlas y gritarlas. Sin embargo, a ella y su hermano menor no fue así. Asimismo, refiere, que la relación entre sus familiares ha mejorado, en relación a como era antes ya que, su padre solía castigar y gritar a sus hermanas cuando se portaban mal. Refiere, que a veces hay dificultades en casa como por ejemplo la falta de dinero, pero son problemas que los llegan a solucionar.

2.3. EXAMEN MENTAL

I. Porte, comportamiento y actitud

Paciente de género femenino, aparenta la edad cronológica referida, tez clara y de cabello cortó color negro, con un peso de 62 kg. Y una talla de 1.60

aproximadamente. Viste, camiseta blanca y pantalón negro, encontrándose acorde a su sexo, edad, estación y nivel socioeconómico. Se presenta, a consulta con adecuado aliño e higiene personal.

Entra al consultorio con una marcha dentro de lo normal. Saluda al terapeuta se sienta directamente en la silla. Mantuvo una postura ligeramente encorvada durante la sesión. Su estado de alerta es alto y su mirada se encontraba fija la mayor parte del tiempo a los estímulos que se le presentaban en sesión. Manifiesta, facies que oscilaban entre la alegría y la tristeza, en relación a las manifestaciones de su relato. Su actividad corporal en general es espontánea, dentro de los límites normales y establece un adecuado contacto visual con el terapeuta.

La paciente se muestra tensa, sin embargo, es colaboradora pues, contesta sin reservas a las preguntas planteadas en sesión. Su dialogo, es fluido e inteligible. Respondiendo adecuadamente.

II. Nivel de Conciencia

Su nivel de estado se encuentra en el nivel II de vigilancia atenta debido, a que sus reacciones son más selectivas, rápidas y óptimas para su desenvolvimiento.

III. Nivel de orientación

La paciente se encuentra orientada en persona, tiempo y lugar. es decir, presenta una orientación auto psíquica y alopsíquica.

IV. Nivel de atención:

Presenta una atención voluntaria y un nivel de atención selectiva y sostenida; sobre los estímulos del medio.

V. Nivel de pensamiento

Posee un pensamiento de contenido anticipatorio y fóbico. En relación al curso es coherente y circunstancial. Su nivel de pensamiento es abstracto acorde a su edad.

VI. Nivel de lenguaje

La paciente habla de forma entendible, fluida e inteligible con adecuado volumen y tono de voz. Su dialogo evidencia una adecuada jerarquización y orden de ideas.

VII. Estado afectivo

Estado anímico dentro de los rangos de la normalidad puesto, que tiene deseos de salir adelante y poner de su parte para ello. Sin embargo, manifiesta una ansiedad moderada debido, a que le perturban sus dificultades en relación a sus crisis de pánico y el no poder controlarlos le produce frustración.

VIII. Percepción

No presenta ninguna alteración de la percepción como alucinaciones y pseudopercepciones.

IX. Memoria

No presenta alteraciones en relación a su memoria sensorial, a corto y largo plazo. Debido, a que fija, conserva y evoca la información.

X. Inteligencia:

Impresiona poseer una inteligencia promedio con ausencia y evidencia de algún tipo de alteración o retraso.

XI. Control de impulsos

La paciente mantiene un adecuado autocontrol; no presenta signos de impulsividad hetero o auto agresividad como por ejemplo lesiones físicas y verbales.

XII. Voluntad

Mantiene el interés por realizar sus labores diarias, evidencia motivación y voluntad para hacer sus cosas y las disfruta.

XIII. Sueño

La paciente no mantiene un grado significativo de alteración del sueño. Sin embargo, suele presentar insomnios ocasionales debidos, a su condición psicopatológica como es la angustia que entrecorta o dificulta la aparición del sueño. Pese a eso, no logra interferir en su desenvolvimiento adecuado.

XIV. Alimentación

No presenta alteraciones en relación a su apetito.

XV. Comprensión de la enfermedad y nivel de incapacidad

La paciente comprende y entiende la naturaleza general, y consecuencias de su padecimiento. Pues conoce las circunstancias por la que atraviesa. Reconoce el grado en el que ésta problemática interfiere en su desenvolvimiento laboral y social. Sin embargo, logra desarrollar sus actividades superando las dificultades causadas por su enfermedad.

XVI. Signos

- Género femenino.
- Tez clara.
- Estatura de 1.60 cm aproximadamente.
- Contextura de 62 kg. aproximadamente.
- Cabello corto color negro.

- Adecuado aliño e higiene personal.
- Vestimenta acorde de su sexo, edad, estación y situación socioeconómica,
- Aparenta su edad.
- Postura encorvada.
- Marcha lenta.
- Facies que oscilaban entre la alegría y la tristeza.
- Adecuado contacto visual.
- Colaboradora con la entrevista.
- Lucidez y estado de vigilia.
- Orientado en tiempo, espacio y persona.
- Atención sostenida.
- Pensamiento con contenido anticipatorio y curso coherente.
- Lenguaje fluido e inteligible.
- Adecuado tono y volumen de voz.
- Memoria reciente conservada.
- Apetito conservado,
- Sueño alterado.
- Reacciones afectivas fueron de miedo y ansiedad.

XVII. Síntomas

Episodio actual.

- Taquicardia.
- Dificultades para respirar.

- Malestar abdominal.
 - Temblor de piernas.
 - Sensación de mareo.
 - Sensación de ahogo.
 - Hiperhidrosis palmar.
 - Dificultades para respirar.
 - Miedo a perder el control.
- Frecuencia de 4 veces por semana.
 - Su funcionabilidad se encuentra parcialmente afectada. En las áreas de ambiente familiar, social, y personal.

XVII. Síndrome

- Ansioso.

XVIII. Diagnostico

- Trastorno de pánico.

XIX. Instrumentos utilizados

- Escala de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI).
- Inventario de Depresión de Beck (IDB).
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.
- Cuestionario sobre la Historia de la Vida de Lazarus.

2.4. INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: María.
Edad	: 26 años.
Sexo	: femenino.
Fecha de nacimiento	: 04 de junio de 1989.
Lugar de nacimiento	: Piura.
Grado de Instrucción	: Superior Técnico.
Ocupación	: Técnica en enfermería.
Número de hermanos	: 3 hermanos.
Lugar que ocupa entre los hermanos:	4° de 5.
Estado civil	: Soltero.
Religión	: Católica.
Lugar de Residencia	: Ancón (Santa Rosa).
<hr/>	
Referente	: El paciente.
Motivo de evaluación	: Área de personalidad.
Fechas de evaluación	: 08/07/2015, 15/07/2015, 22/07/2015, 29/07/2015.
Fecha de informe	: 31/07/2015.
Evaluador	: Int. II Lucero Miranda Caycho.
Supervisión	: Mag. Gladys Toranzo Pérez.
<hr/>	
Técnicas utilizadas	: Entrevista y Observación

Instrumentos utilizados : escala de ansiedad estado rasgo (STAI).
Inventario de depresión de Beck.
Inventario clínico Multiaxial Millon II.
Cuestionario sobre la historia de la vida de Lazarus.

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta y refiere: “vengo al servicio de psicología, por derivación del servicio de neurología; porque más o menos hace 1 año me siento muy mal ya que, siento mareos, palpitaciones, falta de aire, sudoración de manos, se me tensa las articulaciones y siento como si me fuera a desmayar en cualquier momento. Este malestar me dura en un promedio de 3 a 8 minutos, llegando a veces a 10 minutos; es ahí donde no lo puedo controlar y por esa razón he llegado al servicio de emergencia en dos oportunidades. Todo empezó un día normal para mí, pero de la nada sentí un mareo y tenía la sensación que me iba a desmayar, no sentía mi cuerpo y mi corazón latía tan fuerte que lo podía escuchar. Esa fue la primera vez que estuve en emergencia y me diagnosticaron arritmia cardiaca y me dieron medicamentos. Pero con el tiempo los medicamentos no me hacían nada y fue cuando ingrese nuevamente a emergencia y en ese momento me diagnosticaron un cuadro de ansiedad. Ya no sé qué hacer con este malestar, aparecen de

la nada y he llegado a tener 4 episodios de ansiedad en una semana. Eso me desespera porque no los puedo controlar. Y es como si mi cerebro diera una orden y mi cuerpo no lo obedece. El último episodio de ansiedad que tuve me asusté mucho porque pensé que me iba a dar un paro cardíaco. Asimismo, en 2 oportunidades no he podido dormir o me despierto porque siento que mi corazón late muy rápido y mi respiración se acelera”.

OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA:

Paciente de género femenino, aparenta la edad cronológica referida, tez clara y de cabello corto color negro, con un peso de 62 kg. y una talla de 1.60 aproximadamente. Viste acorde a su sexo, edad, estación y nivel socioeconómico. Se presentó, a consulta con adecuado aliño e higiene personal. Su marcha fue dentro de lo normal y mantuvo una postura encorvada durante la sesión. Manifestó, facies que oscilaban entre la alegría y la tristeza. Estableció un adecuado contacto visual. Su actitud fue colaboradora contestando sin reservas a todas las preguntas que se le realizaron. Por otro lado, su conciencia fue lucida y perfecto estado de vigilia. Con una atención selectiva y sostenida y orientada en tiempo, espacio y persona. Presentó un pensamiento de contenido anticipatorio y fóbico. En relación al curso fue coherente y circunstancial. Mostró, un lenguaje fluido e inteligible con adecuado volumen y tono de voz. Asimismo, presentó una memoria reciente conservada. Además, su apetito se encuentra conservado sin embargo su sueño se encuentra alterado debido a sus episodios de ansiedad. En relación a sus reacciones afectivas fueron expresiones de miedo y ansiedad.

III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el área de personalidad, el evaluado presenta, indicadores de rasgos premórbidos dependientes y compulsivos de la personalidad. Caracterizándose por ser una persona con conductas prudentes y controladas, relacionada al temor a la desaprobación social. También, suele establecerse elevadas exigencias sobre sí mismo. Lo cual, la lleva a adoptar un papel pasivo en sus relaciones personales. Llegando a someterse ante las exigencias de los demás a fin de mantener su afecto. Asimismo, no suele propiciar conversaciones con los demás pues teme que no le presten atención debida. Esto se encuentra afectando su rol de hija, hermana y trabajadora. Ya que señala que no puede desenvolverse adecuadamente pues teme que le surja un episodio de ansiedad que no pueda controlar. Esto se ve reforzado por los pensamientos anticipatorios que presenta debido, a que ha llegado generalizar cualquier señal de alarma de su cuerpo, con los síntomas de su ansiedad. Por otro lado, es una persona que suele preocuparse y pensar mucho en posibles errores que pueda cometer, sobre todo relacionado al momento de mantener o iniciar una conversación pues señala que no le gustaría dañar a la otra persona; resaltando que es aquella persona que no está acostumbrada a dar un no como respuesta. Además, de presentar un bajo control emocional debido, a que se muestra vulnerable ante las críticas. Asimismo, presenta dificultades para expresar adecuadamente sus ideas, a causa de temer la reacción de sus pares y a la imposibilidad de manejar conflictos con los mismos. Debido, a sus problemas actuales. Necesita de aprobación de los demás para sentirse bien. En actualidad

debido, a los sucesos ocurridos en su vida. Se siente más alerta a los estímulos del medio, más irritable, reservada y más cercana a sus familiares.

En el área afectiva la paciente evidencia un nivel leve de depresión ya que, se caracteriza por presentar tristeza patológica, irritabilidad y disminución de la capacidad de disfrute. Asimismo, expresa que en su pasado ha tenido muchos fracasos relacionados con mantener una adecuada comunicación con los demás; lo cual lleva a que mire con temor hacia el futuro pues teme mucho a que le vuelva a pasar una crisis de ansiedad y ella no sepa cómo manejar esa situación. Además, de tener pensamientos anticipatorios ya que, mira con mucho temor hacia el futuro y cree que no podrá contra ello; pues minimiza sus capacidades y cree que las cosas van a empeorar. Por otro lado, es una persona que no ha perdido el interés en hacer sus actividades y quiere aprender a poder a relacionarse con sus pares de una forma adecuada. Se siente decepcionada de sí misma y se autocrítica constantemente por lo que está pasando ya que, se considera una persona débil al no poder controlar sus cuadros de ansiedad. También a llegando al punto de no sentirse conforme con su persona y con el rol que actualmente está desempeñando como persona en general ya siente que por las crisis de pánico que viene pasando no los puede controlar y teme que le pueda afectar, al grado de no poder realizar bien su trabajo y alejarse de sus seres queridos.

En el área emocional, la paciente presenta un nivel de ansiedad estado moderado, observándose tensión, angustia, aturdimiento y nerviosismo al pensar en posibles desgracias futuras debido, a que se siente muy mal y cree que no podrá mejorar. Llevando a minimizar sus capacidades y sobrevalorar la dificultad de poder controlar sus crisis de ansiedad. Asimismo, se siente incómodo al expresar lo que siente provocando que tenga poca confianza en sí mismo. Además, manifiesta preocupación y piensa que no puede relajarse y que no es feliz por todo lo que le pasa. Por otro lado, evidencia un nivel de ansiedad rasgo moderado caracterizándose por una tendencia a preocuparse en demasía por las situaciones estresantes ya que, siempre suele tomarse las cosas muy seriamente manifestando, que no le gustan los engaños y no los olvida con facilidad. Además, presentan pensamientos que de no podrá controlar sus crisis de ansiedad. En relación a ello ha pensado que no puede en contra sus crisis de pánico y teme que la pueda afectar en su ámbito laboral y familiar. Por otro lado, cada vez que piensa en sus preocupaciones actuales se siente tensa.

IV. CONCLUSIONES

- En el área de personalidad, la evaluada presenta, indicadores de patrones clínicos de personalidad tipo dependiente y compulsivo.
- En el área afectiva, se evidencia una depresión leve.
- En el área emocional, presenta niveles de ansiedad estado moderado y rasgo moderado.

V. RECOMENDACIONES

- Terapia cognitivo conductual.
- Interconsulta con psiquiatría.

Capítulo III

Programa de intervención

05/08/2015

1.6. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

I. JUSTIFICACIÓN:

Teniendo en cuenta la información recopilada durante el proceso de evaluación, se pudo contemplar que la evaluada presenta dificultades a nivel emocional; debido a los constantes ataques de ansiedad; impidiendo un adecuado desenvolvimiento en las áreas de ámbito familiar, social y personal. Puesto que en varias ocasiones se ha manifestado muy preocupada y angustiada por sus crisis de pánico. Asimismo, ha presentado pensamientos distorsionados de tipo anticipatorio, el cual hace que presente síntomas fisiológicos intensos como dificultad para respirar, sudoración de manos, aceleración cardíaca, mareos, adormecimientos de manos y piernas; que la llevan a pensar que puede perder el control y no saber cómo manejar situaciones que la desencadenan.

En tal sentido, se cree conveniente iniciar el proceso de intervención psicoterapéutico; a través del marco cognitivo conductual. Las cuales se enfocarán en su sistema de creencia que mantienen el problema y el cambio de estos que mejoraran su estado afectivo. Se utilizarán técnicas que le permitan a la paciente analizar sus pensamientos y darse cuenta de la influencia de estos en sus emociones y conductas. Así como, de las interpretaciones que realiza en base a sus experiencias y reconocer sus esquemas cognitivos en los que se reflejan sus pensamientos distorsionados; debatiéndolos y permitiéndole aprender nuevas formas de pensamiento lógico, racionales, flexibles y beneficiosas para afrontar sus

miedos de volver a sentir esos episodios impredecibles. De igual forma, se trabajarán técnicas de relajación para reducir sus niveles de ansiedad.

Dichos objetivos se lograrán por medio de la técnica de Psicoeducación en la que se explicó su problemática actual y explicando acerca de que es la ansiedad saludable y patológica y como se mantiene. Además, de reentrenamiento de la respiración; es decir entrenar a la paciente en una respiración lenta y diafragmática. Seguida, de la relajación progresiva aplicada, que conlleva al ensayo en relajación muscular progresiva de Jakobson, además, de la reestructuración cognitiva, mediante el debate lógico, empírico y funcional, alrededor de los supuestos mal adaptativos asociados a la crisis de pánico. Y finalmente, se utilizará la técnica de exposición interoceptiva; que se llevará a cabo por medio de procedimientos que provoquen de forma fiable sensaciones similares a las del pánico. Se terminará el tratamiento con un entrenamiento en solución de problemas y habilidades sociales, para mejorar e incrementar la capacidad de relación con sus pares.

II. OBEJETIVO GENERAL:

Modificar su sistema de creencias erróneas por otras más realistas que permitan superar sus estados emocionales y las crisis de pánico. permitiéndole tener un mejor desenvolvimiento en el plano personal, familiar y laboral.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Explicar los resultados obtenidos bajo en modelo biopsicosocial.
- Realizar la psicoeducación acerca de la ansiedad saludable y ansiedad patológica, explicando a su vez su problema; a través del modelo cognitivo conductual.

- Explicar a la paciente sobre los tipos de relajación por respiración.
- Explicar cómo se miden las unidades subjetivas de ansiedad (USAS).
- Practicar y entrenar a la paciente en la relajación por imaginación y muscular.
- Lograr que identifique la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.
- Identificar conjuntamente con la paciente los pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares.
- Identificar y modificar creencias irracionales que generan y mantienen el problema.
- Explicar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.
- Realizar reestructuración cognitiva.
- Entrenar en la aceptación adecuada de las sensaciones interoceptivas.
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales, para un mejor desenvolvimiento.
- Entrenar a la paciente en solución de problemas.

IV. METODOLOGÍA:

Se estableció el contrato terapéutico con la paciente, en el cual se comprometió a tener una participación activa durante el proceso psicoterapéutico. De esta forma se esperó la colaboración profesional por parte de la terapeuta, explicando y llevando a cabo las diferentes técnicas terapéuticas. Por otro lado, se esperó la participación y colaboración de la paciente en el desarrollo de las técnicas y en el cumplimiento de las tareas que se le dejen para casa.

El desarrollo del proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en 21 sesiones, que duraron alrededor de 45 minutos; una vez por semanas. En donde se aplicaron las diversas técnicas cognitivas – conductuales, para lograr los objetivos propuestos.

V. ANALISIS FUNCIONAL:

ESTÍMULOS ANTECEDENTES	CONDUCTA	ESTÍMULOS CONSECUENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Externas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando está en el trabajo ante mucho estrés. 2. Cuando está en un lugar con poco espacio. 3. Encuentro con sus amigos. 4. Presión de su familia por el apoyo económico. • Internas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensar que tiene que trabajar con presión. 2. Pensar en no saber qué hacer ante la aparición de otra crisis. 3. Pensar que va a sufrir otra crisis. 4. pensar que puede sufrir un ataque cardiaco. 5. Pensar que puede perder el control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo: <ol style="list-style-type: none"> 1. “Es tanta presión que no puedo contra ello”. 2. “Siempre me sentiré así”. 3. “Porque me pasa esto, solo a mi” 4. “Perderé el control sobre mi” • Conductual: <ol style="list-style-type: none"> 1. Agitación psicomotriz. • Emocional: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad (9/10) 2. Miedo. (8/10) • Fisiológica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tensión muscular. 2. Dificultad para respirar. 3. Sudoración de manos y piernas. 4. Aceleración cardiaca. 5. Mareos. 6. Adormecimiento de manos y piernas. • Dimensiones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Latencia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inmediata. 2. Intensidad: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ansiedad (9-10). ➤ Miedo (8– 10). 3. Frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada vez que percibe sus sensaciones interoceptivas. 4. Duración: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 minutos aprox. 	<ul style="list-style-type: none"> • Externo: <ol style="list-style-type: none"> 1. No querer salir con sus amigos. 2. Evita espacios reducidos. 3. Evita bailar 4. Evita correr 5. Evita realizar ejercicios • Internos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensar que le puede aparecer en cualquier momento las palpitaciones 2. La sensación de mareo 3. Cuando cree que se le puede nublar la vista. 4. Cuando siente las palpitaciones.

LISTADO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS, IDENTIFICADOS EN LA PACIENTE

1. Lista de pensamientos automáticos:

- Porque me pasa esto solo a mí.
- Que horrible, me puedo morir.
- No puedo contra esto, es imposible.
- Esto no tiene cura.
- Seguro me va a dar un ataque cardiaco.
- Siempre me voy a sentir así.

2. Lista de creencias intermedias:

- **Valoraciones:**

- Es horrible que esto me pase a mí.
- Soy incapaz de encontrar una solución.
- Necesito ayuda sea como sea.
- Es terrible tener una crisis.

- **Suposiciones:**

- Si trabajo con tensión lograre sobresalir.
- Si soy amables con todos, me aceptaran.
- Si no soy bueno, me puede venir una crisis.
- Si no me relajo me va a aparecer una crisis.
- Ya empezó de nuevo y voy a morir.

- **Reglas:**

- Tengo que ser competente.
- Tengo que apoyar más en casa.

- Debo de trabajar con tensión.
- Tengo siempre que ceder.
- Tengo que ser bueno con todos.

3. Lista de creencias nucleares:

- **Respecto a sí mismo:**
 - Soy débil.
 - Soy incompetente.
 - Soy indefensa.
- **Respecto a los demás y el presente:**
 - Son irresponsables.
 - Son malos.
 - No lo puedo controlar.
 - No me quieren.
- **Respecto al futuro:**
 - Nunca me curare.
 - No habrá salida.
 - No sabré que hacer ante otra crisis.
 - Me enfermare de algo grave.
 - No podré vivir sin el temor.

3.2. Aplicación del tratamiento de intervención

05/082015.

1º sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Establecer la alianza terapéutica.
- Ilustrar la diferencia entre la ansiedad normal y la patológica.
- Explicar la problemática de la paciente desde el modelo biopsicosocial y el desde el modelo cognitivo conductual.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Alianza terapéutica.

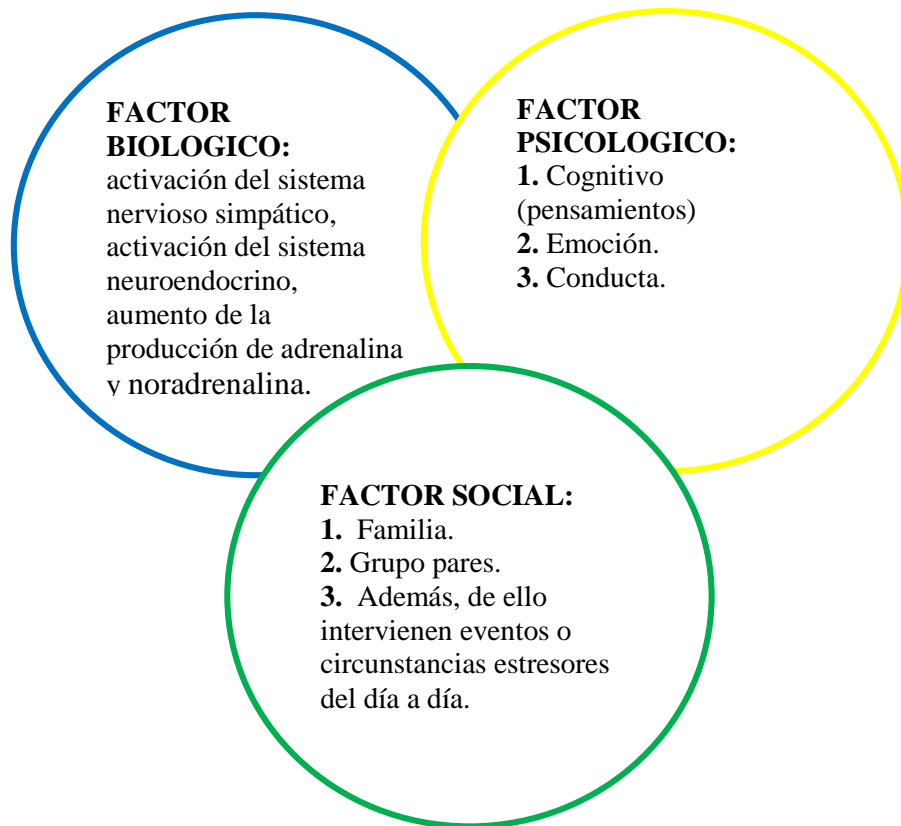
3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión felicitando a la paciente por el compromiso demostrado a lo largo del proceso de evaluación y mencionando que ese es un componente muy importante del proceso psicoterapéutico. Asimismo, se le explicó la importancia colaborativa de la terapia y la importancia del trabajo que se deja fuera de consulta, para asegurar mejores resultados. Se procedió a explicar la estructura de la terapia y los roles tanto del terapeuta como del paciente. Así como, las características del tratamiento cognitivo – conductual. Ante lo cual se le comentó que, ante cualquier duda, puede hacer preguntas. Luego, se procedió a hacer la entrega de resultados obtenidos del proceso de evaluación. Comenzando con explicar el trastorno de pánico desde el modelo biopsicosocial, haciendo un especial énfasis en los factores biológico, para hacer la diferencia entre sus síntomas referidos y psicológico; el cual se explicó desde el modelo cognitivo –conductual. Aclarando de esta manera la

teoría etiológica del trastorno de pánico “Se refiere a cuando el paciente aplica a las sensaciones corporales experimentadas en esquema cognitivo sobre amenazas potenciales (pérdida de control, infarto, ahogo, volverse loco...etc.), de modo que distorsiona cognitivamente el valor amenazante de tales sensaciones (pensamientos automáticos catastróficos); esas interpretaciones catastrofistas aumentan el nivel de ansiedad y las sensaciones corporales iniciales, que vuelven a ser interpretados de modo catastrófico (círculo vicioso), hasta que va aumentando la aprensión hasta un nivel en que se produce una hiperventilación, un decremento del anhídrido carbónico, aumento del PH en sangre, que desencadena el ataque de pánico” en ese punto, se realizó la diferencia entre el papel adaptativo de la ansiedad y cuando se considera patológica. Antes de finalizar la consulta, se le pidió que para las siguientes sesiones se trajera un cuaderno para recordar lo trabajado una vez hubiera terminado el tratamiento. Además, se pidió que realice una retroalimentación para asegurarnos que la información había sido transmitida efectivamente. Para concluir, se le indico que para la siguiente sesión se usara ropa cómoda para iniciar el trabajo sobre las técnicas de relajación.

ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
Se da en relación a la situación	Es desproporcionada frente a la situación
Lleva a la acción	Nos paraliza
Es de intensidad moderada, no es frecuente y desaparece rápidamente	Es de alta intensidad, es frecuente y mantiene alerta.
No interfiere con la vida cotidiana	Disminuye la funcionabilidad de la persona

✓ **Se explicó el modelo biopsicosocial:**



✓ **Se explicó el concepto desde el modelo cognitivo conductual:**

VISIÓN DE UNO MISMO	VISIÓN DEL MUNDO	VISIÓN DEL FUTURO
Vulnerable.	Amenazante	Incontrolable
Estoy en peligro.	En cualquier lugar me puede pasar mi Crisis.	No voy a controlarlo nunca.

se le entregó unas hojas para que rellenara y que ante alguna duda la siguiente sesión de aclararía (ver Anexo N° 01)

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose motivación para el cambio.

2° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Explicar cuáles son los componentes de la ansiedad.
- Explicar cómo armar su situación relajante.
- Explicar la técnica de relajación por medio de la imaginación.
- Psicoeducar en la relajación abdominal.
- Entrenar en el uso de USAS (Unidades Subjetivas de la Ansiedad).
- Asignar tarea para la siguiente sesión.

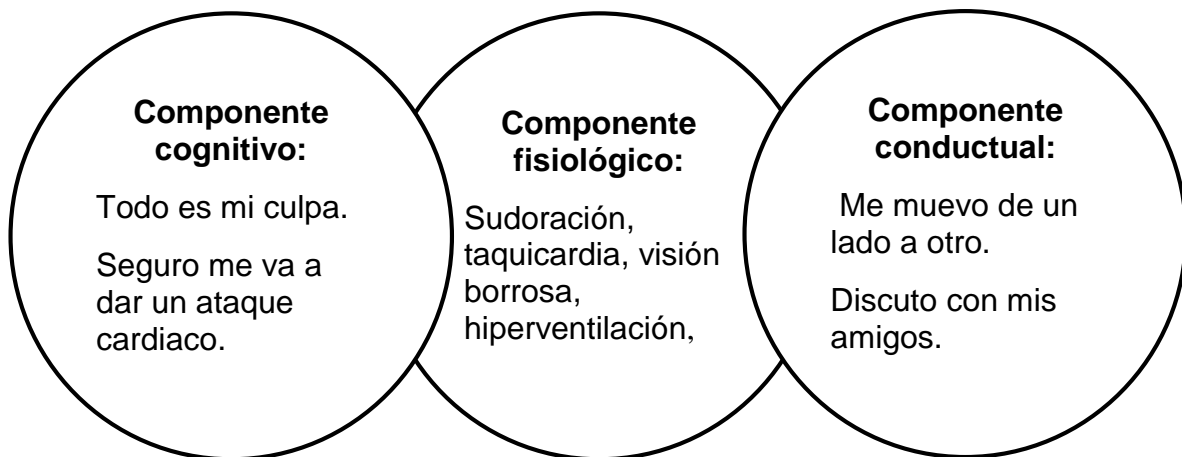
2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Situación relajante por medio de la imaginación.
- Relajación abdominal.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

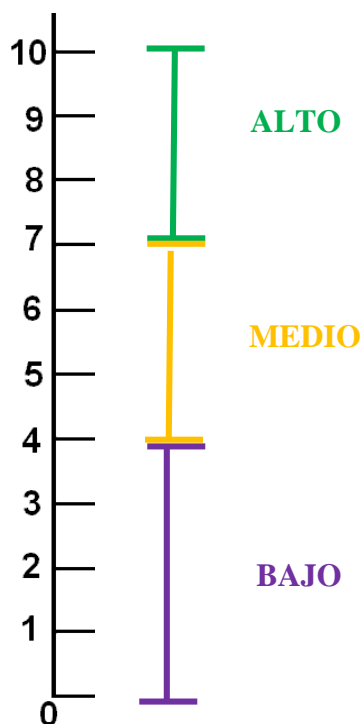
Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente, se afianzo la alianza terapéutica y se preguntó si había traído el cuaderno donde realizara los apuntes sobre las técnicas trabajadas en sesión. Indicó la manera en cómo se daría el proceso de sesiones, ante lo cual respondió que sí.

✓ **Se explicó los componentes de la ansiedad:**



Luego, se buscó que la paciente lograra identificar y cuantificar sus niveles de ansiedad a través de la técnica el termómetro de la ansiedad, entrenándola en el uso de los USAS (Unidad Subjetiva de la Ansiedad).

TERMÓMETRO DE LA ANSIEDAD



Asimismo, se empezó, con el entrenamiento de relajación por medio de la imaginación; haciendo que la paciente se sienta cómoda y se le pidió que nos

comentara una situación donde se allá sentido relajada, tranquila y alegre; además, se le solicito que nos brindara una descripción de todo lo que pasó en aquella situación, para que se sintiera de esa manera. Luego de recaudada la información, se le pidió que pasara a cerrar sus ojos y trate de visualizar y sentir otras modalidades sensoriales como audición, tacto, olfato y sensaciones interoceptiva) de lo que se le va a relatar. Una vez cumplida con la indicación; el terapeuta pasó a sentarse a su lado y medir los niveles de ansiedad USAS. Seguidamente empecé a narrar la historia paso a paso; realizando la dinámica con una voz lenta y relajante; por el periodo de 1 minuto. Al terminar el proceso de imaginación se le pasó a realizar las siguientes preguntas

- **Terapeuta:** ¿Qué tan real lo sentiste? ¿Me puedes explicar las sensaciones que has notado?,

- **Paciente:** “lo sentí muy real como si estuviera en ese mismo lugar.

- **Terapeuta:** ¿Has llegado a visualizar colores?

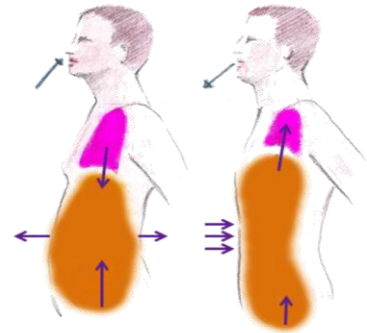
- **Paciente:** claro pude ver los colores como era un campo vi más el color verde y escuchaba el sonido de las aves; también pude escuchar el río,

- **Terapeuta:** ¿con que intensidad lo sentiste del 0 al 10?

- **Paciente:** bueno como lo sentí tan real creó que evaluándolo del 0 al 10 le pongo un 8.

Terminada con esta técnica; se pasó a realizar la técnica de relajación abdominal, indicándole que debía aspirar por la nariz lentamente haciendo que su abdomen se hinchara. Además, se le mencionó que debía mantener el aire por 5 segundos; para luego expulsar el aire lentamente por la boca durante un periodo de 8 segundos. Al finalizar la sesión se le dejó como tarea para casa, desarrollar las actividades realizadas en sesión; por lo menos 1 vez al día y que anotara las sensaciones

percibidas. Se le pidió que trajera un cuaderno a consulta para poder apuntar las técnicas a realizar y se le explicó que esto le serviría para poder recordar lo trabajado una vez hubiera terminado el tratamiento.



4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose motivación para el cambio.

3° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Realizar la retroalimentación de la sesión anterior.
- Revisar la tarea anteriormente dejada.
- Explicar y entrenar a la paciente en la técnica de rentrenamiento de la respiración.
- Entrenar como llegar a la relajación y aceptación de los estímulos sentidos.
- Asignar la tarea para la siguiente sesión.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Reentrenamiento en la respiración.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión preguntando a la paciente como se encontraba. Manifestó que se encontraba tranquila y que si había realizado los ejercicios anteriormente practicados y que había anotado las sensaciones percibidas en su cuaderno; señaló que ejecutó la técnica cuando se le había presentado una crisis de pánico y que al principio se sentía mareada y con taquicardia. Puso en práctica la técnica y percibió que su cuerpo se relajaba. Luego se pasó a revisar si había traído a sesión el cuaderno donde ella apuntaría todas las técnicas realizadas en sesión. Manifestando que sí y enseñó los síntomas que había sentido “empece teniendo

mareos, visión borrosa, taquicardia, malestar en el pecho y tuve mucho miedo a no saber qué hacer”.

Seguidamente, se le pasó a explicar los tipos de respiración; mencionándole: la respiración torácica y se recalcó la respiración diafragmática o abdominal. Y se le resaltó que esa sería el tipo de respiración, con la cual trabajaremos la técnica.

Terapeuta: Bien María, ahora presta atención en la siguiente explicación, vas, respirar lentamente por la nariz, aguantar la respiración por 2 segundos y luego expulsar el aire lentamente por la boca. Además, se le comunico que debería colocar sus manos sobre su abdomen.

Paciente: ok, si entiendo.

Terapeuta: se midió los niveles de ansiedad, obteniendo un 7 de ansiedad. Asimismo, se realizó un modelo de explicación y seguidamente la paciente realizó la actividad 4 veces. Y se finalizó con un 3 ansiedad.

Prosiguiendo con la sesión; se pasó a pedir a la paciente que se coloque lo más cómoda posible en el lugar que se le indicó. Por otro lado, se le trasmitió que debía ponerse lo más relajada que pueda.

Terapeuta: me senté a su costado y empecé a hablarle lentamente y con una voz pausada. Le pedí que sintiera como es el aire que entra por su nariz: si es fría, caliente o tibia. Además, le pregunte si sentía algún malestar en alguna parte de su cuerpo y si un caso lo sintiera lo dejara ser.

Paciente: No he sentido ningún malestar al contrario me sentí muy relajada y cómoda.

Terapeuta: Se explicó que esa es la forma como el cuerpo se expresa y que estas sensaciones no siempre son malas y no hay porque temerlas.

Se le dejó como tarea seguir practicando con los ejercicios de respiración abdominal y de relajación.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que podía discriminar entre tensión y relajación.

4° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Realizar la retroalimentación de la sesión anterior.
- Revisar la tarea de la sesión anterior.
- Explicar el fundamento teórico de la técnica de relajación progresiva de Jacobson.
- Trabajar el primer grupo muscular de la técnica de relajación.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión saludando a la paciente y expresando la alegría que representaba el que haya regresado a la consulta. Se procedió a preguntar si es que había estado practicando las técnicas realizadas en la sesión pasada, ante lo cual respondió que sí.

Terapeuta: reviso el cuestionario dejado y se le preguntó si tenía alguna duda.

Paciente: Todo estaba claro, expresó que las técnicas le están ayudando a controlar su ansiedad.

Seguidamente, se hizo un pequeño repaso y se ahondó en la fundamentación teórica de la técnica para poder enfatizar la necesidad de la práctica en casa. Luego, se le explicó lo que trataremos en esa sesión. Comenzando con el fundamento teórico de la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Se le explicó que lo que busca esta técnica es diferenciar los estados de tensión en los diferentes grupos musculares del cuerpo; de los estados de relajación de los

mismos. Se le mencionó que en muchas ocasiones no identificamos de forma correcta la tensión en los músculos asociados a estados ansiosos; justamente porque no sabemos reconocer lo que estar tenso implica. Debido, a que normalmente se siente en algunos músculos y no en todos. Por otro lado, se le explicó que el objetivo principal de la técnica no es únicamente diferenciar entre la tensión y la relajación; sino el llegar a relajarse de manera voluntaria sin necesidad de tensar el cuerpo. Se procedió a aclarar las dudas al respecto y seguidamente se dio inicio a la técnica. Donde se le pidió que se relajara y sintiera cómoda para poder comenzar.

Terapeuta: Vamos a medirte el pulso inicial, estas en 95 pulsaciones por minuto. Ahora vamos a trabajar: los puños, los brazos y los hombros. Se realizó un ejemplo de cada grupo muscular trabajado.

Paciente: Si los entendí.

Terapeuta: Como te sentiste.

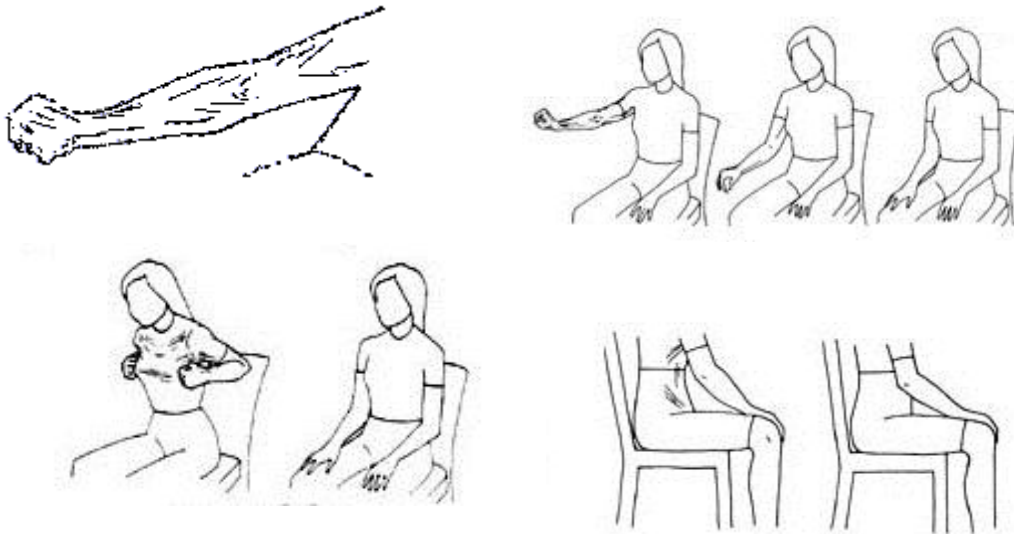
Paciente: Al principio me costó un poco, pero luego lo pude hacer bien, además, lo que más me costó fue cuando tensaba mis músculos ya que, me generaba cierto dolor.

Terapeuta: Quiero que partir de ahora los ejercicios que vayas a practicar no lleguen al punto del dolor. Se volvió a medir su pulso llegado en esta ocasión a 70 pulsaciones por minuto una vez terminado el ejercicio.

Paciente: Me siento más relajada.



GRUPOS MUSCULARES TRABAJADOS EN SESIÓN



Para finalizar se le dejó como tarea seguir practicando la relación progresiva de manera diaria para poder ir haciéndola cada vez más automática.

4. CONCLUSIONES

- Se logró alcanzar los objetivos propuestos, observándose que había entendido adecuadamente la explicación de la relajación del primer grupo muscular.

5° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Realizar la retroalimentación de la sesión anterior.
- Trabajar el segundo grupo de Jacobson.
- Asignar tarea para casa.

2. TÉCNICAS

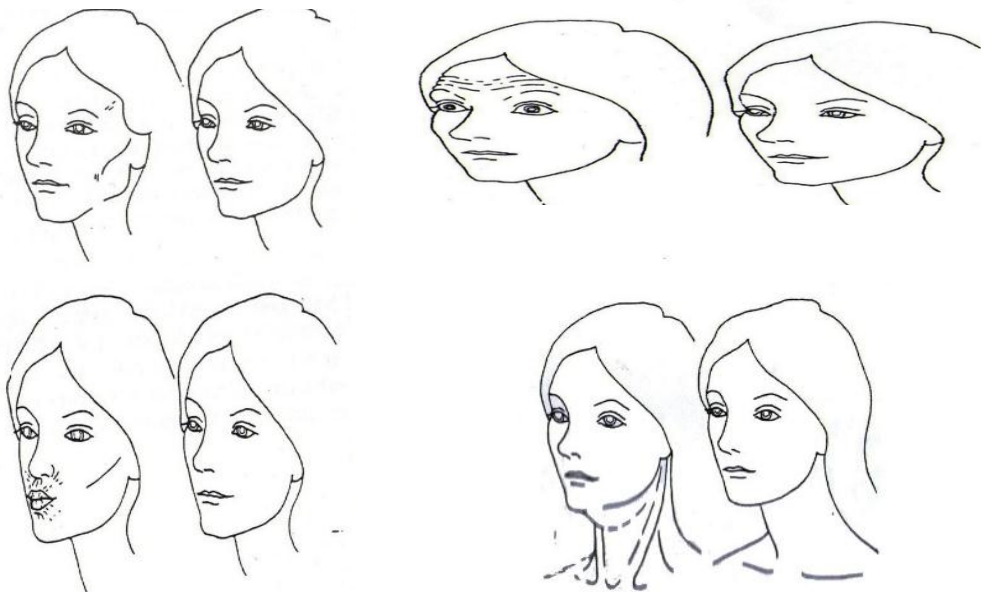
- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Relajación progresiva de Jacobson.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión preguntando a la paciente como se encontraba y si había pensado en los temas abarcados en la sesión anterior. Manifestando que se encontraba tranquila y que si había realizado los ejercicios anteriores. Asimismo, expresó que las técnicas le están ayudando a controlar su ansiedad. Antes de comenzar con la explicación se pidió a la paciente que pase al sillón de relajación se le tomo el pulso el cual estaba en 90, se le dijo que trate de sentirse lo más relajada posible. Luego se pasó a enseñar y explicar la tensión y relación de los músculos de la cara, y cuello. En primer lugar, el terapeuta realizo un ejemplo posteriormente la paciente realizo el ejercicio. Dentro de este primer grupo se inició el trabajo de los ojos, se le indico que los abriera tanto como pueda seguidamente, relaje y luego, se le pidió que cierre los ojos y apriete los parpados tan fuerte como pueda. Relaje sus ojos hasta que estén suavemente cerrados; realizo tres veces el ejercicio. Posteriormente, se le solicito que frunza el ceño y note la tensión efectuada; también tres veces el ejercicio. Para culminar con la cara se le solicito

que frunciera el ceño tanto como sea posible realizo también tres veces el ejercicio. Para culminar con la cara se trabajó con la boca, donde se le pidió que apriete la mandíbula; relájela hasta que los labios estén ligeramente separados. Note realmente la diferencia entre la tensión y la relajación. Apriete la lengua contra el paladar, relájese. Frunza los labios en forma de “O” y relájelos. Para finalizar, se trabajó con los músculos del cuello; apriete la cabeza con la parte de la nuca tanto como confortablemente pueda, y aprecie la tensión en el cuello. Luego hágala girar suavemente a la derecha, después a la izquierda. Note el cambio de la localización de la tensión. Después, se le pidió que ponga recta la cabeza y la deje mirando al frente, presione la barbilla contra el pecho y sienta la tensión en la garganta y la tirantez en la parte posterior del cuello; relájese, colocando la cabeza en una posición confortable. Realizo este ejercicio tres veces. Al terminar los ejercicios la paciente manifestó que se encontraba menos tensa y que se sentía más relajada. Pulso final 75.

GRUPOS MUSCULARES TRABAJADOS EN SESIÓN



Para finalizar se le dejó como tarea seguir practicando la relajación progresiva del primer grupo muscular, de manera diaria para poder ir haciéndola cada vez más automática.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzó el objetivo propuesto, percibiendo que la paciente comprendió la técnica realizada.

6° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Revisar la tarea asignada la sesión pasada.
- Realizar la retroalimentación de la sesión anterior.
- Trabajar el tercer y cuarto grupo muscular de Jacobson.
- Asignar tarea para casa.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Relajación progresiva de Jacobson.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

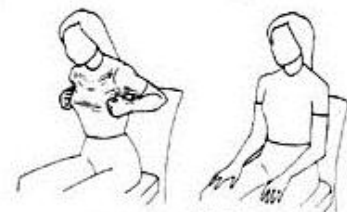
Se inició la sesión preguntando a la paciente como se encontraba y si había realizado la tarea dejada para la casa, manifestando que se encontraba tranquila y que si había realizado los ejercicios anteriores aplicados. Asimismo, expresó que las técnicas le están ayudando a controlar su ansiedad, y que ya no había presentado sus crisis de pánico tan seguidos. Se le felicito por seguir al pie de la letra los ejercicios. Seguidamente, le se explicó, que en la sesión de hoy se trabajara con el 3er y 4to grupo muscular. Antes de comenzar con la explicación se pidió a la paciente que pase al sillón de relajación y que se sintiera lo más relajada posible. Luego se pasó a tomar la cantidad de pulsaciones, obteniendo 94 pulsaciones. Por otra parte, se dirigió la atención hacia el pecho, el estómago y la parte baja de la espalda. Asimismo, se le aclaro que la tensión acumulada en estas

áreas afecta la respiración y como una respiración profunda y pausada puede relajar. Además, se realizó un ejemplo mencionándole, que aspire lentamente y llene completamente los pulmones de aire; manténgalos llenos de aire y note la tensión; ahora expire dejando su pecho relajado y suelto, cada ejercicio lo realizaba tres veces. Continúe respirando lentamente y pausadamente varias veces, sintiendo como sale la tensión fuera del cuerpo con cada expiración. Ahora, arquee la espalda sin hacer un esfuerzo excesivo; trate de mantener el resto del cuerpo tan relajado como sea posible. Concéntrese en la tensión en la parte baja de su espalda y relájese tan profundamente como pueda. Luego de la explicación se pasó a relajar los muslos, nalgas, pantorrillas y pies. Se le pidió que apriete las nalgas y los muslos presionando los talones hacia dentro tanto como pueda; relájese y note la diferencia. Estire la punta de los pies para tensar las pantorrillas y sienta la tensión. Al terminar los ejercicios, la paciente manifestó encontrarse relajada. Se tomó pulso el cual era de 75 por minuto

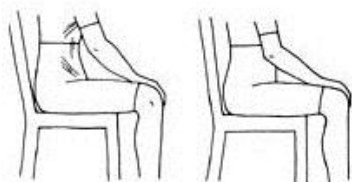
GRUPOS MUSCULARES TRABAJADOS EN SESIÓN



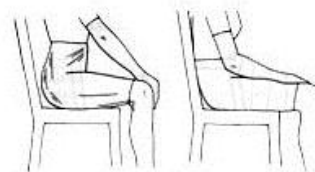
piernas



espalda



vientre



cintura



Se le dejó como tarea seguir practicando la relación progresiva. 3 veces al día, para tratar que se vaya haciendo de manera automática la forma de como relajarse. Por otro lado, se le entregó unas hojas para que la paciente anotara como va sintiendo sus episodios de pánico.

4. CONCLUSIONES

- Se logró terminar con el último grupo muscular de Jacobson, observando que la paciente alcanza relajarse con la técnica aplicada.

7° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Revisar la tarea asignada la sesión anterior.
- Aplicar la técnica de la exposición interoceptiva.
- Explicar el fundamento teórico de la técnica exposición interoceptiva.
- Asignar la tarea para la siguiente sesión.

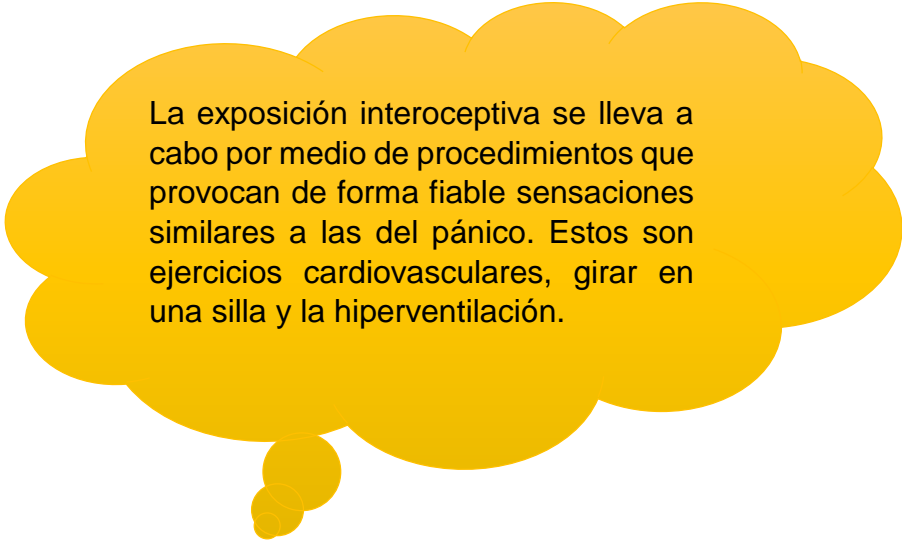
2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Exposición interoceptiva.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión preguntando a la paciente como se encontraba a lo que respondió que últimamente estaba controlando sus ataques de pánico en base a la técnica de relajación explicada anteriormente en sesión. Resaltó que cada vez que siente los síntomas de hiperventilación o mareos le ayuda mucho relajar el cuerpo y respirar como se le enseñó. Asimismo, señala que las crisis de pánico se están centrando en el abdomen, Por otro lado, se le manifestó que siga con la aplicación de la relajación hasta que se instaure en ella de manera voluntaria. Se revisó, la tarea dejada y se le preguntó si tuvo alguna dificultad para realizar las preguntas; respondiendo que no tuvo ninguna duda. En esta sesión se le explicó que aprendería una nueva técnica que le ayudaría a no temer esas reacciones de su cuerpo ante el ataque de pánico. Hoy hablaremos acerca de la exposición

interoceptiva o condicionamiento interoceptivo e hipersensibilidad a los estímulos internos; el propósito de esta nueva técnica es debilitar o romper la asociación entre las señales corporales específicas y las acciones de pánico. Asimismo, debemos tener en cuenta que el temor que sientes ante los ataques de pánico son reacciones aprendidas ante determinadas señales corporales. Se explicó, que, si los síntomas aparecen de manera aislada, se daría cuenta que un síntoma fisiológico es sólo eso y no una crisis de pánico. Se hizo también una explicación de cómo la evitación a estas sensaciones corporales mantiene el miedo. Que nos quiere decir todo eso:



La exposición interoceptiva se lleva a cabo por medio de procedimientos que provocan de forma fiable sensaciones similares a las del pánico. Estos son ejercicios cardiovasculares, girar en una silla y la hiperventilación.

Esta técnica se debe de realizar en base a un formato graduado de intensidad.

PRÁCTICA DE LA EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA

1. Respirar rápidamente durante 60 segundos.
2. Mover la cabeza de un lado a otro durante 30 segundos.
3. Mantener la respiración tanto como pueda.
4. Dar vueltas en una silla giratoria durante 90 segundos.
5. Tensar todos los músculos del cuerpo durante 1 minuto.

Una vez que se obtuvo el consentimiento de la paciente se pasó a trabajar; en primer lugar, se le pidió a la paciente que trate de hiperventilar por un periodo de 60 segundos. Para lo cual se hizo uso de un cronometro.

Terapeuta: estas lista María.

Paciente: creo que sí.

Terapeuta: cómo te sientes.

Paciente: estoy tranquila.

Terapeuta: muy bien entonces puedes empezar.

Paciente: ok.

Ante la señal la paciente pasó a realizar la técnica. En pleno proceso se notó cierto malestar en la paciente manifestando que se sentía mareada por respirar rápido. A lo cual se le pidió que parara de realizar el ejercicio. Se observó en el cronometro y la paciente solo había realizado la hiperventilación por 33 segundos, pasado ese tiempo empezó a sentirse mal y no pudo continuar.

Terapeuta: dime María cómo te sientes.

Paciente: estoy un poco mareada.

Terapeuta: que es lo que sentiste en ese momento.

Paciente: tuve miedo a que se me presenté un episodio de pánico.

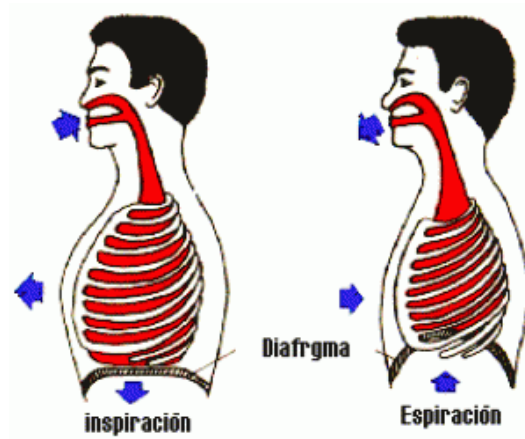
Terapeuta: dime, de los que sentiste ahora en la sesión del 1 al 10 cuan parecido fue a un ataque de pánico que sientes.

Paciente: un 9, fue muy similar.

Terapeuta: perfecto, lo que iremos trabajando en cada sesión es que tu desaprendas que ante un malestar que sientas en tu cuerpo no necesariamente significa que tendrás un ataque de pánico.

Paciente: ok, ya me siento mejor.

Terapeuta: no te preocupes que esto lo iremos trabajando paso a paso sin esforzarte.



Para finalizar se le dejó como tarea seguir practicando la técnica realizada en sesión.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que la paciente podía diferenciar entre los síntomas de una crisis de pánico y de las señales corporales normales del cuerpo.

8° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la sesión anterior.
- Explicar la exposición interoceptiva.
- Explicar la relación a la paciente entre pensamiento – emoción – conducta.
- Enseñar los diferentes estilos de debate.
- Asignar tarea para la siguiente sesión.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Exposición interoceptiva.
- Columnas paralelas.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión preguntando a la paciente como se encontraba a lo que respondió que últimamente estaba controlando sus ataques de pánico en base a la técnica de relajación explicada anteriormente en sesión. Asimismo, resalto que cada vez que siente los síntomas de hiperventilación o mareos le ayuda mucho relajar su cuerpo.

Seguidamente, se pasó a preguntar si había practicado la técnica de exposición interoceptiva. Respondiendo que solo lo había realizado una vez. Ya que, le ocasionaban mareos. Se le recalco lo realizado en la sesión anterior; explicándole acerca de las señales corporales específicas en relación a las reacciones de

pánico. Asimismo, debemos tener en cuenta que el temor que sientes ante los ataques de pánico son reacciones aprendidas ante determinadas señales corporales. Que nos quiere decir todo esto. Como me has venido explicando en relación a los síntomas que presentas; tú cuando sientes mareos, palpitaciones o taquicardia lo asocias como si en esos momentos te fuera a dar un episodio de pánico. Respondiendo la paciente que sí.

En primer lugar, se le pidió a la paciente que trate de hiperventilar por un periodo de 30 segundos. Para lo cual se hizo uso de un cronometro y antes de comenzar se le midió el pulso. Donde marco 60 latidos por segundo.

Terapeuta: estas lista María.

Paciente: creo que sí.

Terapeuta: cómo te sientes.

Paciente: estoy tranquila.

Terapeuta: muy bien entonces puedes empezar.

Paciente: ok.

Ante la señal la paciente pasó a realizar la técnica. En pleno proceso se notó cierto malestar en la paciente manifestando que se sentía mareada por respirar rápido. Sin embargo, pudo llegar al objetivo planteado. Y se pasó a medir sus pulsaciones marcando 70 latidos por minuto. A o cual, la paciente se sentía contenta pues en la sesión anterior había marcado 87 latidos.

Terapeuta: dime María cómo te sientes.

Paciente: estoy un poco mareada.

Terapeuta: que es lo que sentiste en ese momento.

Paciente: tuve miedo a que me presenté un episodio de pánico, pero lo pude controlar, como es ya la tercera vez que lo hago siento que lo puedo controlar mejor.

Terapeuta: dime, de los que sentiste ahora en sesión del 0 al 10 cuan parecido fue a un ataque de pánico que sientes.

Paciente: un 6, está bajando.

Terapeuta: perfecto, lo que iremos trabajando en cada sesión es que tu desaprendas que ante un malestar que sientas en tu cuerpo no necesariamente significa que tendrás un ataque de pánico. Y así ya puedas realizar actividades que has dejado de hacer por temor a tus síntomas.

Paciente: ok, ya me siento mejor.

Terapeuta: no te preocupes que esto lo iremos trabajando paso a paso sin esforzarte.

Por otro lado, se empezó con la explicación, sobre los procesos entre situación, pensamiento, emoción y conducta. Mediante varios ejemplos prácticos. En líneas generales se explicó que el pensamiento en mayor o menor medida determina las emociones y la conducta y que nosotros tendemos a responder más a las interpretaciones que hacemos de los hechos que los hechos en sí; de esta manera, los pensamientos pueden subir o bajar la intensidad de las “emociones”. Por lo tanto, también está detrás de conductas desadaptativas. Una vez se hubo comprendido lo explicado, se le preguntó a la paciente si tenía alguna duda, ante lo cual respondió que todo estaba muy claro. Luego de eso se realizó ejemplos prácticos. Y se enseñó la manera de cómo podía cuestionarse. Así, se explicó los 3 estilos de debate racional: el empírico, el lógico y el pragmático. Se enseñó con los ejemplos desarrollados cómo ella misma podía debatir los pensamientos distorsionados que surgen espontáneamente para descubrir si son reales o no. Se resaltó que la terapia cognitiva no busca el “pensamiento positivo” sino el “pensamiento realista”. Se recalcó que el hecho que las emociones nunca

desaparecerían, pero con el pensamiento realista puede lograr que disminuya, de tal manera que nos permita tomar mejores decisiones. Luego de los ejemplos se le menciona que a esto lo llamaríamos “pensamiento alternativo” y que de ahora en adelante tendríamos que estar atentos a lo que pensamos frente a las diversas situaciones; sobre todo cuando tenemos emociones muy intensas.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Saco una nota desaprobatória en un examen	“No soy bueno para esto” “Repetiré el año” “No podré recuperar esta nota” “Mis padres estarán decepcionados”	Tristeza 9/10 Preocupación 9/10	Lloro No puedo dormir Baja mi apetito Olvido lo que estudié

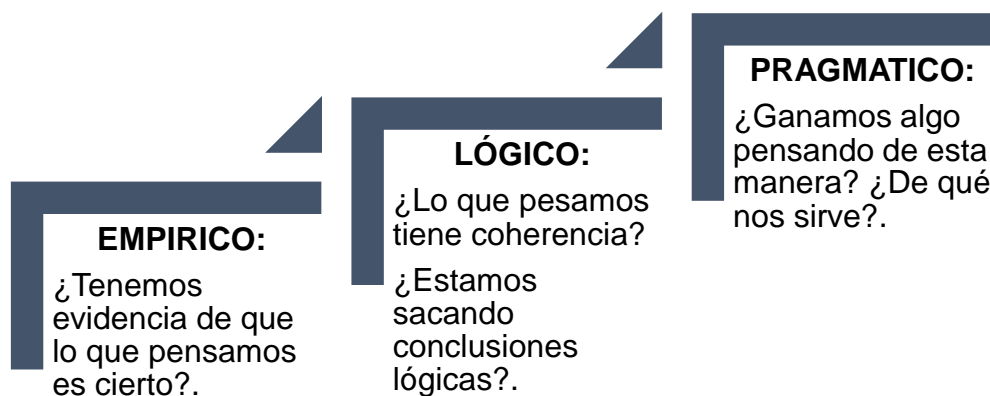
Luego se le pasó a explicar que normalmente creemos que nuestra emoción va a determinar nuestra conducta y pensamiento, por ejemplo, la persona sintió tristeza y preocupación cuando se sacó una baja nota por ello lloraba, bajo su apetito y no podía dormir ya que pensaba que jamás podría superar esa nota y decepcionaría a sus padres. Pero dime que pasaría si cambio mi manera de pensar.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Sacar una nota desaprobatória en un examen	“Van a venir más exámenes” “Si estudio esta vez me ira bien” “Puedo recuperar esta nota” “Soy capaz de lograrlo”	Tristeza 2/10 Preocupación 3/10	Estudio más Busco información Pido ayuda a mis profesores y compañeros

Con este ejemplo, nos damos cuenta que todo es desencadenado por nuestros pensamientos. Ahora realizaremos esta misma explicación con un ejemplo tuyo.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
<i>Cuando estoy caminando por la calle.</i>	“si siento, mi corazón latir más rápido seguro tendré una crisis” “si siento un malestar en mi cuerpo me vendrá una crisis” “no saber qué hacer, si estoy sola” “nadie me ayudara”	miedo (9/10) ansiedad (8/10)	Dejar de realizar actividades que me gustan, estar al pendiente constante de mi pulso.
	“no necesariamente, si siento mi corazón latir más rápido quiere decir que tendré una crisis” “si me viene una crisis ya sé cómo enfrentarlo” “yo podre controlarme”.	Tristeza (5/10) ansiedad(/10)	Estar tranquila, realizar actividades con mejor ánimo, ser optimista.

Tipos de debate:



Para finalizar se le dejó como tarea seguir practicando en medida la paciente pueda realizar la exposición interoceptiva en base a la hiperventilación. Y se le entregó una hoja para que registrara lo trabajado en sesión (Ver anexo N°02)

4. CONCLUSIONES

- Se logró que la paciente discriminara la diferencia entre pensamiento, emoción y conducta. Así como, la definición de adecuada década uno. Se le indicó que debía realizar registros de columnas paralelas con las creencias que la perturbaran, del mismo modo como se trabajó en la sesión.

27/10/2015.

9° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar la sesión pasada.
- Enseñar la definición de creencias intermedias.
- Someter a exposición interoceptiva.
- Revisar la tarea asignada la sesión pasada.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Exposición interoceptiva.
- Reestructuración cognitiva.

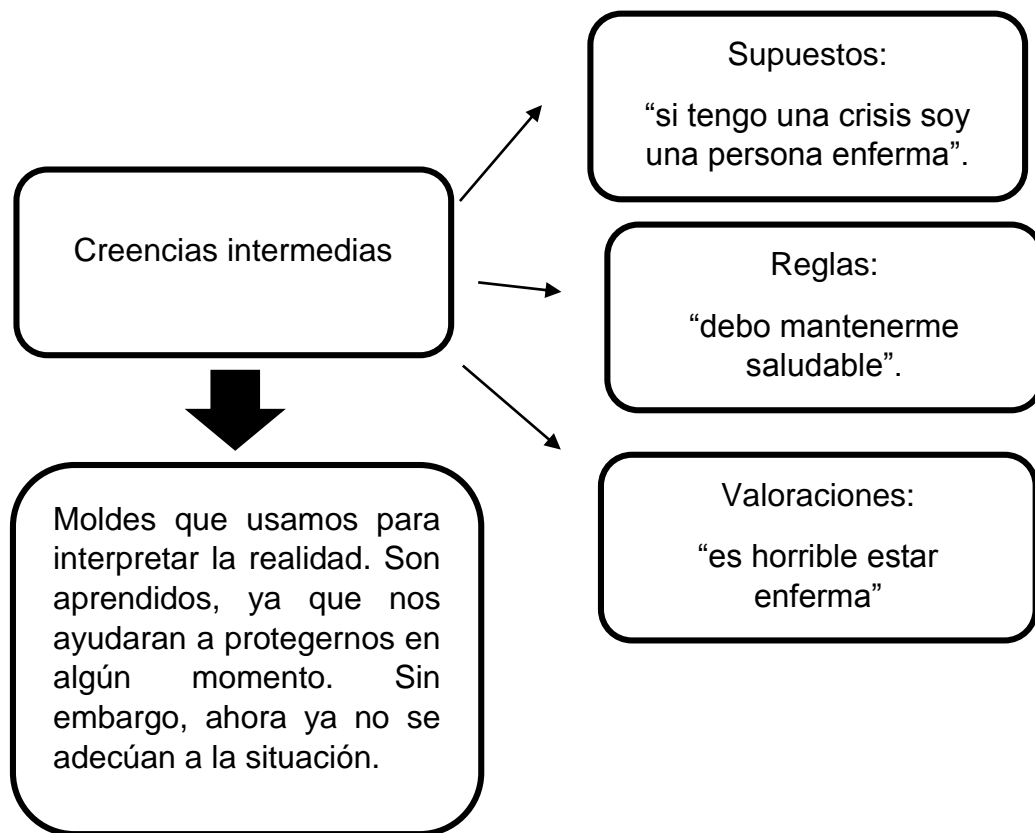
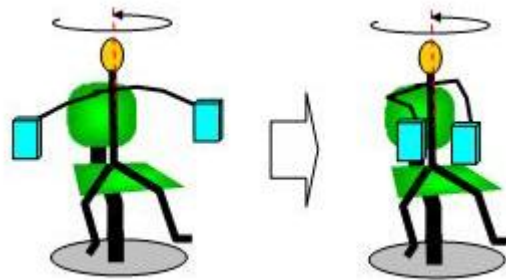
3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente y preguntándole como se encontraba a lo que respondió que últimamente estaba controlando sus ataques de pánico en base a la técnica de relajación explicadas anteriormente y que estaba practicando el pensamiento alternativo en base a los tipos de debate. Se revisó la tarea dejada para casa y se discutieron algunos puntos. Asimismo, resalto que cada vez que siente los síntomas de hiperventilación o mareos le ayuda mucho relajar el cuerpo. Además, se le explicó que más allá de los pensamientos automáticos, existen ciertos supuestos mal adaptativos que funcionan como “moldes” que nos sirven para interpretar nuestras experiencias; estos supuestos, se afirman y sirven para protegernos porque mediante la generalización de situaciones creemos firmemente que podemos evitar el sufrimiento. Sin embargo, estos supuestos tienden hacernos daño cuando no nos dejan actuar o nos hacen actuar de manera irracional. De esta manera, se forman 3 tipos de creencias intermedias: los supuestos, las reglas y las valoraciones. Se le explicó a la paciente la estructura de

cada de uno de ellos y se realizaron ejemplos y se le pidió que ella misma colocara los pensamientos automáticos en un formato de supuestos mal adaptativos y aunque se encontraron dificultades, se le afirmó a la paciente que esto representaba una cuestión de práctica. Luego se le pidió una retroalimentación de la sesión; se discutieron algunas de las ideas presentadas y se corrigieron algunas de ellas que se habían entendido equivocadamente. Seguidamente, se pasó a preguntar si había practicado la técnica de exposición interoceptiva. Respondiendo que cada vez que tiene tiempo y en especial en la noche suele realizar la técnica. Asimismo, señaló que la última vez que se sintió mal fue hace 1 mes y que, además, expresa que ella trata de cambiar sus pensamientos negativos, en base a la técnica que anteriormente se le había explicado.

Paso siguiente, se le pasó a explicar que en esta sesión seguiremos trabajando con la exposición interoceptiva. Pues buscamos desaprender a que cada vez que sentimos nuestras reacciones internas, como son, aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, mareos y sudoración; no necesariamente debemos pensar que nos va a venir un ataque de pánico. En primer lugar, antes de iniciar con la técnica se le tomó el número de pulsaciones por minuto, marcando 68 pulsaciones por minuto. Seguidamente, le hizo dar vueltas sobre una silla giratoria durante 30 segundos. Al finalizar esta práctica la paciente manifestó cierto grado de malestar, pues señaló que se sentía mareada. Se le pasó a tomar las pulsaciones y marco 75 pulsaciones por minuto. Paso siguiente, se le preguntó cuán parecido se siente esta práctica con los malestares que siente cuando le viene su ataque de pánico, valorándola como 1 mínimo de parecido y 10 lo máximo de parecido; a lo que respondió que era un 7. Para finalizar se le pidió que aplicara las técnicas de relajación que pone en práctica cuando se siente mal. Luego de eso se le tomó por última vez el pulso

obteniendo 65 pulsaciones por minuto. Expreso que se siente nuevamente bien pues el relajarse le sirve de mucho.



Paciente: cada vez que me viene mi crisis de pánico, me siento una persona enferma.

Terapeuta: perfecto, a ver si la entiendo señorita, lo que quiere decir entonces es que tener una crisis la convierte automáticamente en una persona enferma.

Paciente: si, ¿que eso no puede ser?

Terapeuta: dígame, ¿qué entiende usted por salud?

Paciente: no estar enferma.

Terapeuta: según la OMS, las cosas han cambiado un poquito. La salud y la enfermedad no son vistas como antónimos ahora, sino como un continuo.

Paciente: ¿qué quiere decir con eso?

Terapeuta: ok, mire. Estar “saludable” no quiere decir que lo estaremos al 100%. Una persona saludable puede golpear a su pareja, fumar y tomar sin necesidad de tener un diagnóstico médico. Por otro lado, una persona con diabetes que sigue su tratamiento tiene más aspectos saludables que la mayoría de personas: come balanceado, hace ejercicio y respeta la hora de sueño. ¿De qué se da cuenta?

Paciente: que las personas enfermas también pueden ser saludables.

Terapeuta: claro; entonces usted me decía que por tener una crisis de pánico la convertía en una persona totalmente enferma. ¿Cierto?

Paciente: si tiene razón, pero ahora lo entiendo, solo tengo un aspecto de mi enferma, eso no me hace una persona totalmente enferma.

Terapeuta: perfecto, María nadie está 100% enferma.

Paciente: ¿dígame estar de esta manera afecta también mis emociones y conducta verdad?

Terapeuta: bien, veo que recuerda las sesiones anteriores, me parece perfecto eso María. Por supuesto, como se ve usted frente a lo que le ha tocado vivir va a afectar el cómo se siente al respecto. Ahora que ya es consciente de como se ve frente a la situación, entonces que le parece si vamos a trabajar en ver sus aspectos saludables para poder fortalecerlos. ¿Qué le parece María?

Paciente: estoy de acuerdo.

Para finalizar se le dejó como tarea seguir practicando en la medida que la paciente pueda realizar la exposición interoceptiva en base a la hiperventilación y girar sobre su propio eje. Así como, ir practicando el cambio de pensamiento.

4. CONCLUSIONES

- Se obtuvieron los objetivos propuestos, observándose que la paciente podía debatir sus creencias erróneas.

10° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentación de la sesión pasada.
- Identificar la creencia nuclear.
- Exposición interoceptiva.
- Cuestionar los supuestos.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Exposición interoceptiva.
- Reestructuración cognitiva.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente y preguntándole como se encontraba y si había practicado lo realizado la sesión anterior, a lo que respondió que sí y que le estaba sirviendo de mucho, además, manifestó que hace unas pocas horas había tenido un nuevo ataque de pánico que duro aproximadamente 1 minuto; señalo que lo pudo controlar pues práctico en ese momento las técnicas realizadas en sesión. Se hizo la indicación de que la reacción emocional se traduce únicamente en términos de emociones y se realizó un repaso sobre la diferencia pensamiento y emoción. Mediante un ejemplo práctico: Explicándole que normalmente decimos siento que no sirvo para nada o siento que soy un inútil. Se le recalco que debemos tener en cuenta cuando decimos eso porque, las emociones es lo que sentimos y los pensamientos es todo aquello que se nos pasa por la cabeza. Teniendo en claro eso se debe decir siento que soy un inútil o pienso

que soy un inútil. Respondiendo que ahora entiende más claro. Seguidamente, se consultó cómo le había resultado el cambiar el pensamiento que le causaba la reacción emocional intensa por un pensamiento alternativo que lo disminuyera. Se mencionó que cambiando el pensamiento y luego utilizando la relajación muscular que hemos aprendido. Por otro lado, se explicó que los pensamientos más profundos, que las creencias intermedias y los pensamientos automáticos son las creencias nucleares; que está relacionada de una visión negativa que tenemos en relación a nosotros mismos, del mundo y las experiencias del presente y del futuro. Estas creencias negativas que habitualmente son globales, rígidas y poco realistas las aceptamos y las creemos como si fueran verdades absolutistas. Por ejemplo, una persona puede tener la idea central “soy inferior” generalizándola en todo su entorno (casa, trabajo y amigos).

Creencia	Central
Visión negativa de nosotros mismos.	<i>La mayoría en relación con nosotros Mismos ejemplos: soy débil, soy incompetente, soy inferior al resto y no Soy normal.</i>
Visión negativa del mundo y de las experiencias del presente.	<i>La vida es muy difícil, la vida es Absurda y este mundo es mucho para mí.</i>
Visión negativa del futuro.	<i>Nunca me curare, no seque será de mi Más adelante.</i>

Se realizó ejemplos: Una mujer: “es terrible ser incompetente, pero si trabajo con tensión puedo conseguirlo, luego debo trabajar con tensión, porque necesito ser competente. Tiene como idea central “soy incompetente”

CREENCIA CENTRAL	CREENCIA	INTERMEDIA	
	VALORACIONES	SUPOSICIONES	REGLAS
Soy incompetente. (acerca de si misma)	Es terrible ser incompetente.	Si trabajo con tensión puedo conseguirlo.	Debo de trabajar con tensión.

Paciente: es terrible, no tener confianza en mí mismo, pero si soy bueno con los demás ellos me aceptarán y no se burlarán de mí; por eso siempre tengo que ceder.

CREENCIA CENTRAL	CREENCIA	INTERMEDIA	
	VALORACIONES	SUPOSICIONES	REGLAS
Soy débil (acerca de si mismo)	Es terrible ser débil.	Si muestro ser fuerte ante los demás me aceptaran.	Tengo que ser fuerte siempre.

Paso, siguiente se le pregunto cómo se encontraba en ese momento y si estaba lista para empezar con la técnica de esa sesión. A lo que respondió que ya estaba un poco nerviosa. Se le recordó que, ¿cómo nos damos cuenta si las técnicas de relajación nos hacen bien? mediante; la medición del pulso. Se le tomo el pulso y luego se le pidió que realizara los pasos de la relajación.

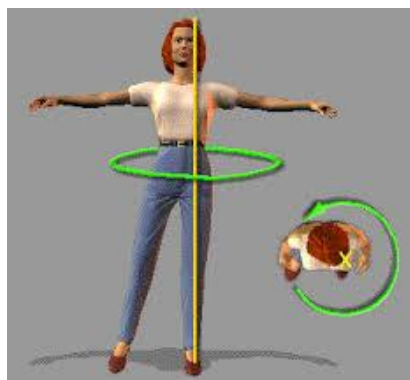
PULSO INICIAL	PULSO DESPUÉS LA RELAJACIÓN.
76	65

Después, de eso se le explico, que su pulso inicial había bajado y se le pregunto cómo se encontraba, manifestando que estaba más tranquila. Por otro lado, se realizó la técnica de exposición interoceptiva, pidiendo a la paciente que diera vueltas sobre sí misma durante 1 minuto. Además, se le recordó que ante una señal que le indique que ya no puede seguir con el ejercicio alzara la mano. Asimismo,

se le explico con este entrenamiento se tratará de producir en ella mareos, visión borrosa e incluso nauseas. Para comparar cuan de parecido son cuando verdaderamente está teniendo un ataque de pánico. Y buscamos desaprender a que cada vez que sintamos nuestras reacciones internas como son aceleración del ritmo cardiaco y respiratorio, mareos y sudoración; no necesariamente debemos pensar que nos va a venir un ataque de pánico; sino que también son reacciones naturales de nuestro cuerpo. Se empezó la técnica, en primer lugar, se le volvió a tomar el pulso, seguidamente; se realizó el ejercicio; llegando a realizarlo con mucho éxito pues no levantó la mano en ningún momento. Pero al terminar necesito de ayuda para sentarse ya que se sentí mareada.

Se le paso a preguntar cuan de parecido había con un episodio de pánico que ella siente realmente, expresando que se parecía a un 6 porque, sintió miedo y mareos. Finalmente, se le pidió que realizara la técnica de relajación que ella crea conveniente.

PULSO INICIAL	PULSO FINAL
70	65



Para finalizar se le dejó como tarea seguir practicando en medida la paciente pueda realizar la exposición interoceptiva en base a la hiperventilación y girar sobre sí misma.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que la paciente podía reconocer sus pensamientos erróneos y cambiarlos por otros más saludables.

11° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar de la sesión pasada.
- Aplicar la técnica exposición interoceptiva.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Exposición interoceptiva.
- Reestructuración cognitiva

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión saludando y felicitando a la paciente por su puntualidad. Se le preguntó por los procesos obtenidos mediante la técnica de exposición interoceptiva. La paciente comunicó que había practicado los ejercicios y que se estaba exponiendo a las situaciones temidas, mediante las habilidades de afrontamiento mediante la relajación y que hasta el momento le había resultado de manera satisfactoria; y eso la hace sentir mucho mejor. Por ello, se había dado cuenta de que no había tenido una crisis de pánico casi en un mes; aunque aún tenía el temor de que podía volverle a pasar. Se reforzó la conducta de exponerse y se le recordó que mientras más se expusiera a los síntomas que teme, cada vez el miedo sería menor. Por otro lado, se le pasó a mencionar una lista de síntomas para que luego ella nos diera una valoración de cuál de estos; suele pensar que le puede venir un episodio de pánico.

SÍNTOMAS
Mareos
Sudoración palmar
Palpitaciones
Aceleración del ritmo respiratorio
Visión borrosa
Malestar abdominal
Adormecimiento del cuerpo

Terapeuta: dime María, ante esta lista que te menciono, dime ante cuál de ellos tú piensas que te puede venir un ataque de pánico.

Paciente: nunca lo había pensado, pero de lo que me menciona creo ante la visión borrosa, me pone un poco nerviosa.

Terapeuta: perfecto. Entonces ante esa señal usted piensa que le puede venir su ataque.

Paciente: si ante eso, pienso que me puedo desmayar.

Terapeuta: ok. María. Hoy seguiremos practicando con la exposición interoceptiva y luego de eso te hare una pregunta.

Paciente: ok.

Paso, siguiente se le pregunto cómo se encontraba en ese momento y si estaba lista para empezar con la técnica de esa sesión. En primer lugar, se le paso a tomar las pulsaciones mostrando 65 latidos por minuto. Por otro lado, se realizó la técnica de exposición interoceptiva, pidiendo a la paciente que diera vueltas sobre sí

misma, pero esta vez con los ojos cerrados; durante 1 minuto. Además, se le recordó que ante una señal que sienta que ya no puede seguir con el ejercicio alzara la mano. Asimismo, se le explico con este entrenamiento se tratará de producir en ella mareos, visión borrosa e incluso nauseas. Para comparar cuan de parecido son cuando verdaderamente está teniendo un ataque de pánico. En segundo lugar, se le paso a tomar las pulsaciones arrojando 76 latidos, paso seguido realizo las técnicas de relajación y luego se le volvió a tomar el pulso dando como resultado 66 latidos por minuto.

Se le pasó a preguntar cuan de parecido había con un episodio de pánico que ella siente realmente, expresando que se parecía a un 7 porque, sintió miedo y mareos. Finalmente, se le realizó las siguientes preguntas en relación a las técnicas aplicadas en las últimas 4 sesiones. Siendo la primera de ellas la hiperventilación, haciendo que la paciente respire rápidamente; en segundo lugar, se le dio vueltas en una silla giratoria; en tercer lugar, se le pidió que de vueltas sobre ella misma y, en cuarto lugar, se le pidió que diera vueltas sobre ella misma con los ojos cerrados. Se le refirió que todas las valoraciones van desde 1 que es minimo de similitud y 10 máximos de similitud. Asimismo, se observó un gran avance y se notaba que la paciente había superado el temor a sus síntomas físicos, por lo cual, se le informo, que en la siguiente sesión se empezaría a trabajar en base a las habilidades sociales.

	HIPERVENTILACIÓN	VUELTAS EN SILLA LA GIRATORIA	VUELTAS SOBRE ELLA MISMA	VUELTAS CON LOS OJOS CERRADO
INTENSIDAD DE LAS SENSACIONES	8/10	4/10	4/10	7/10
NIVEL DE ANSIEDAD	8/10	6/10	4/10	7/10
GRADO DE SIMILITUD	7/10	6/10	6/10	5/10

Señalando la paciente, que el mayor temor es la visión borrosa, además manifestó que la mayor intensidad lo sintió en la sesión donde se le hizo hiperventilar pues, expresa que en esa sesión se sintió muy mal ya que, se sintió muy mareada.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos, observando que la paciente logra diferenciar adecuadamente la diferencia entre los síntomas del pánico y las respuestas naturales del cuerpo. Se dejó como tarea para casa, que registre sus síntomas.

12° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar de la sesión pasada.
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales.
- Asignar la tarea para la siguiente sesión.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente y felicitándola por su asistencia. Seguidamente se le paso a preguntar cómo se encontraba a lo que respondió que se siente mucho mejor y que ya está controlando mejor sus episodios de pánico y que los resultados se vienen manteniendo de manera estable. Asimismo, expreso que está escuchando música que la relaja y en esos momentos suele practicar los ejercicios de relajación. Además, señalo que las exposiciones que se viene realizando en sesión le han ayudado mucho pues, de esa manera ha aprendido a no tener miedo a esas sensaciones que presenta su cuerpo, cuando realizaba cualquier actividad ya que, pensaba que ante una sensación de su cuerpo le podía venir una crisis de pánico y ante las diversas técnicas ahora reconoce que no necesariamente ante una sensación de alarma de su cuerpo se va a sentir mal. Por otro lado, manifestó que se siente mucho mejor y que ahora le interesa buscar ayuda para poder tener mejor manejo sobre como entablar mejores relaciones sociales; pues señala que por ser un poco

callada la tilda como una persona creída. Sintiéndose incomoda por esos comentarios. Ya que, ella expresa que no sabe cómo poder relacionarse mejor con sus pares.

Ante eso, se le paso a explicar a la paciente que ahora nos centraríamos en trabajar en relación a sus habilidades sociales. Y que nos parecen muy interesante las situaciones que nos acababa de contar. Debido, a que podemos notar un déficit en habilidades sociales. Asimismo, se le paso a explicar en qué consiste las habilidades sociales. Señalando que esta técnica forma un nexo de unión entre el individuo y su ambiente.



La conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en su contexto interpersonal donde puede expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación; asimismo respeta las conductas de los demás y que generalmente resuelve problemas minimizando la aparición futura.

También se le paso a explicar sobre las formas de la comunicación:

COMUNICACIÓN VERBAL	COMUNICACIÓN NO VERBAL
<ul style="list-style-type: none"> • La mirada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los saludos.
<ul style="list-style-type: none"> • La sonrisa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las presentaciones.
<ul style="list-style-type: none"> • La expresión Facial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir favores y dar Las gracias.
<ul style="list-style-type: none"> • La postura Corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir disculpas.
<ul style="list-style-type: none"> • El contacto Físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar y mantener Una conversación.
<ul style="list-style-type: none"> • La apariencia Personal. 	

Para finalizar se le dejó como tarea seguir practicando los ejercicios de exposición y que para la siguiente sesión traiga un listado de conductas que le gustaría superar en su comunicación con los demás.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que la paciente obtuvo mayor conocimiento sobre las habilidades sociales.

13° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar de la sesión pasada.
- Entrenar a la paciente sobre habilidades sociales.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente y felicitándola por su asistencia. Por otro lado, se le paso a preguntar cómo se encontraba y si ultimadamente había tenido un episodio de pánico. A lo cual respondió que no y que la semana pasada había sentido taquicardia, pero que esas sensaciones de aceleración del corazón no se debían o no estaba asociado a uno de sus episodios de pánico; sino por un problema relacionado a una arritmia cardiaca, es por eso que mi cardiólogo me ha hecho exámenes, para ver como esta mi corazón.

Terapeuta: dime María, porque dices que lo que sentiste, no lo relacionaste con una crisis de pánico.

Paciente: porque yo como le había comentado antes, sufro de arritmia cardiaca. Y como le comentaba la semana pasada me empezó a molestar el corazón.

Terapeuta: María, coméntame como diferencias cuando es una arritmia cardiaca o un episodio de pánico.

Paciente: cuando es mi problema de arritmia solo siento que se me acelera el corazón y para poder controlarlo tomo medicamentos. En cambio, cuando es un

episodio de pánico no solo se me acelera el corazón, sino que me vienen mareos, sudoración de manos y miedo. Y cuando inicie el tratamiento usted me enseñó herramientas para poder calmarme y eso es lo que hacía para calmarme realizó lo aprendido en las sesiones, como es la relajación y con eso he logrado superar mis ataques de pánico.

Terapeuta: perfecto, María me parece muy bien lo que me acabas de decir. Ahora dime sinceramente desde la primera sesión de tratamiento hasta la actualidad cuanto has logrado controlar tus crisis de pánico. Siendo el 100% control casi total.

Paciente: la verdad que cuando he empezado el tratamiento, las terapias que he recibido me ha ayudado mucho; teniendo un control de mis crisis en un 95%. Las he llegado a controlar muy bien.

Terapeuta: muy bien María. Dime y aparte de eso como te encuentras en general.

Paciente: más o menos, lo que me pasa es que me siento un poquito mal, porque me gustaría ser más sociable, lo que me he dado cuenta es que a veces se me hace difícil decir no a las personas y terminé aceptando cosas que no quería. Hasta me han llegado a decir que valoro mucho más a los demás que a mí misma.

Terapeuta: ¿qué te hace pensar eso?

Paciente: en parte si, lo que me pasa es que pienso que no me gustaría hacer sentir mal a los demás.

Terapeuta: ok, tú quieres hacer sentir bien a los demás, pero cómo te sientes tú al hacer eso.

Paciente: la verdad que a veces bien y a veces mal.

Terapeuta: entiendo, me dices que a veces bien y a veces mal. Y las veces que te sientes mal porque lo haces.

Paciente: porque quiero caerles bien a todos.

Terapeuta: y piensas que al aceptarles todo les puedes caer bien.

Paciente: sí.

Terapeuta: pues bien, eso es lo que tú crees. Y que crees que puede pasar contigo al hacer cosas que no te gustan.

Paciente: no sé, por eso me siento un poquito mal. Además, me han dicho que soy una persona que no expreso mucho mis sentimientos y a mí me gustaría poder hacerlo.

Terapeuta: perfecto María. Ahora empezaremos a trabajar con eso que me acabas de decir.

Paciente: sí.

Terapeuta: María te acuerdas que la sesión pasada te deje como tarea, que me digas que es para ti las habilidades sociales.

Paciente: si lo sé. (La paciente acude trayendo una definición encontrada en internet).

Las habilidades sociales son la manera correcta de poder interactuar con demás, sin que ellos sobrepasen tus derechos y tú no sobrepasando el derecho de los demás tampoco. Además, es una forma adecuada de poder expresar lo que sientes libremente.

Terapeuta: dime estas 100% segura de lo que me estás diciendo.

Paciente: sí.

Terapeuta: ok, me parece perfecto y en base a lo que has dicho iremos trabajando.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose, que la paciente había comprendido mejor el concepto de habilidades sociales.

14° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Psicoeducar en los componentes de las habilidades sociales.
- Asignar tarea para la siguiente sesión.

2. TÉCNICAS

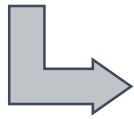
- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Habilidades sociales.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se dio inicio a la sesión saludando a la paciente. Seguidamente se le pregunto cómo se encontraba y manifestó que se encontraba cansada pues tenía mucho trabajo. Por otro lado, se pasó a explicar acerca de los componentes de las habilidades sociales.

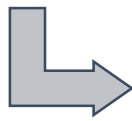
componente conductual

- Dentro de este elemento vamos a encontrar: los componentes no verbales, paralinguísticos, verbales y los mixtos más generales.



componente cognitivo

- Hace referencia a las situaciones o ambientes, tal y como son percibidos y evaluados por el individuo. en este proceso es de vital importancia de que manera selecciona las situaciones. los estímulos, acontecimientos y como los percibe, construye y evalúa en sus procesos cognitivos.



componente fisiológico

- Dentro de este componente vamos a hacer referencia a las variables fisiológicas tales como: la tasa cardíaca, las contracciones musculares, la tasa respiratoria y la actividad de las glándulas sudoríficas.

Terapeuta: como hemos visto María, las habilidades están compuesta por 3 componentes; que durante las siguientes sesiones iremos hablando sobre este tema. Pero haremos mayor énfasis en el componente conductual.

Paciente: entiendo. ¿Y de qué manera trabajaremos eso?

Terapeuta: durante la siguiente te iré explicando en que consiste y como lo practicaremos.

Para finalizar se le dejó como tarea una hoja de registro de situaciones donde, registrara el nivel de ansiedad que le provoca los pensamientos que tiene, la conducta que expresa y las repuestas que realiza ante la situación (Ver anexo N°03).

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose motivación para el cambio.

15° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

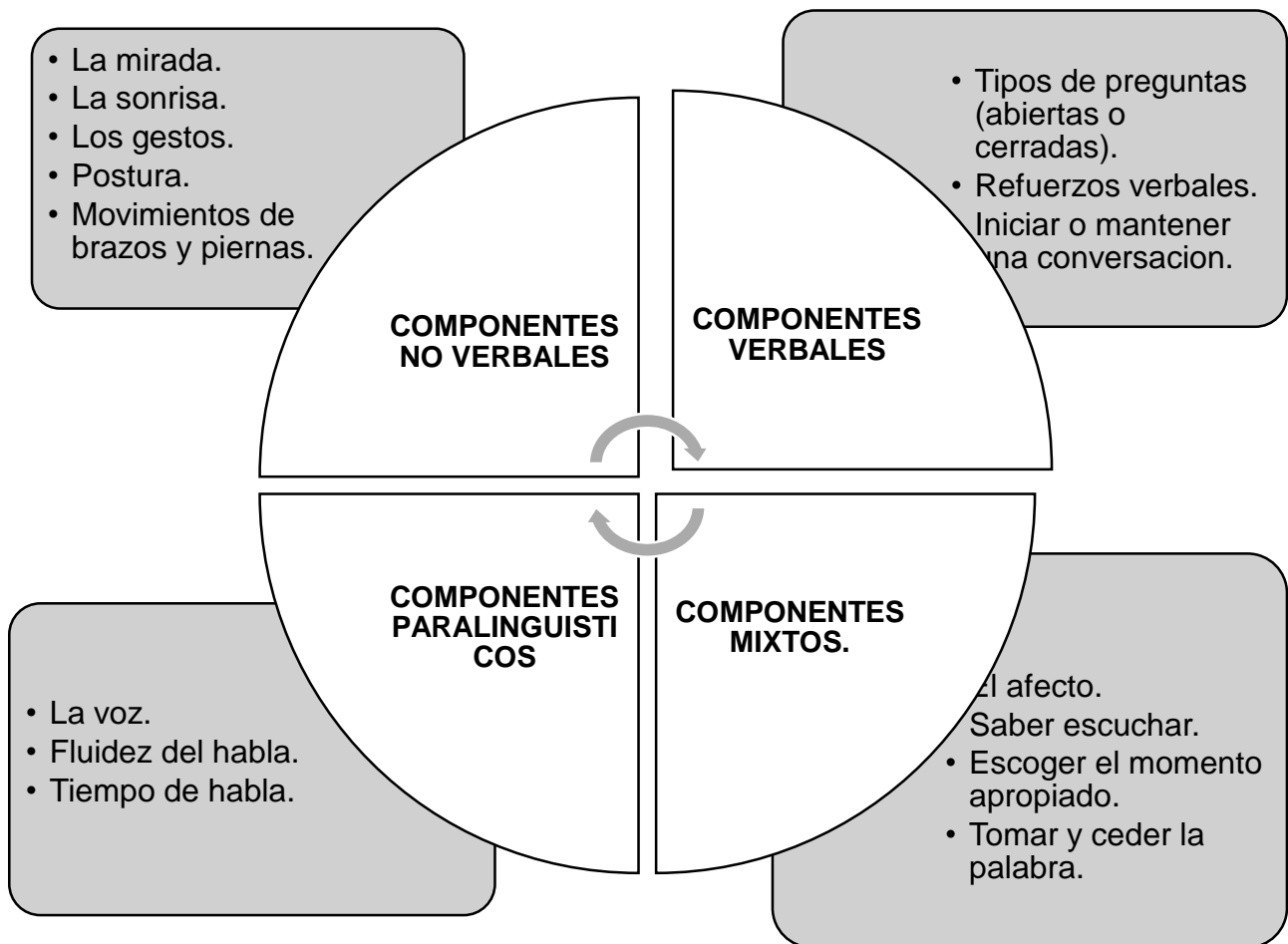
- Revisar la tarea dejada anteriormente.
- Psicoeducar en el componente conductual.
- Asignar tarea para la siguiente sesión.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Habilidades sociales.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dándole la bienvenida y felicitándola por su asistencia. Se procedió luego a preguntar por la tarea de autorregistros asignada la sesión anterior. la paciente aceptó haberlo realizado, por lo cual se pasó a revisar ya discutir algunos puntos. Seguidamente se le paso a explicar lo siguiente cada uno de los elementos del componente conductual.



Caballo, V. (2000). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.

Terapeuta: perfecto, María dime entendiste la explicación, no dudes en preguntar ante cualquier duda.

Paciente: si, todo está claro.

Terapeuta: de que te das cuenta, con la explicación.

Paciente: por lo que entiendo, es que todos estos elementos intervienen al momento de conversar con otra persona.

Terapeuta: exacto, nos damos cuenta que todo esto implica al momento de interactuar con otra persona. Sobre todo, en algo que muchas veces pasamos como desapercibido que viene hacer la parte no verbal. Nuestros gestos dicen más que nuestras palabras. Por ejemplo: dime que te das cuenta cuando yo te digo que estoy alegre, pero en realidad estoy triste.

Paciente: en su tono de voz, su postura, no va a sonreír, posiblemente no quiera hablar y si lo hace sus respuestas serán cortas. Además, no va querer mantener una conversación.

Terapeuta: con esto demostramos que estos elementos tienen mucho que ver al momento que interactuamos con otras personas. Ahora dime cómo crees que se expresaría una persona cuando está molesta.

Paciente: su tono de voz sería fuerte gritaría, sus movimientos son más rápidos, siempre quiere tener la razón, no dejaría que otra persona la interrumpa y los gestos de su rostro daría a conocer que está molesto, con el ceño fruncido.

Terapeuta: dime te acuerdas que la sesión pasada trabajamos con un ejemplo tuyo.

Paciente: sí.

Terapeuta: entonces quiero que trates de pensar en eso y trates de acordarte lo que puedas lo que paso en aquella situación. Porque te voy a alcanzar un espejo y quiero que te des cuenta de tus gestos, la mirada, postura y movimientos que tuviste aquella vez. Me avisas cuando estés lista y hayas logrado lo que te pedí.

Paciente: ya estoy lista.

Terapeuta: ¿dime que te has dado cuenta?

Paciente: mi cara es de molesta, todo mi cuerpo es hacia adelante como que yo quiero tener la razón y mis ojos tienen una mirada fija.

Terapeuta: exacto, dime cuando paso la situación tú sabías o te diste cuenta todo lo que reflejaba tu cuerpo.

Paciente: no, pensé que lo único que estaba alterada era mi voz. Pero todo lo que yo le he dicho si lo pude ver en la otra persona.

Terapeuta: lo entiendo. Entonces con todo esto nos damos cuenta en todo lo que influye en nuestras conversaciones. Y muchas veces no nos damos cuenta lo que demostramos.

Paciente: tiene razón.

Terapeuta: me gustaría que, para la próxima sesión, me traigas.

1. Una descripción de una situación problemática
2. Que es lo que tú haces normalmente en esa situación.
3. además, quiero que me identifiques lo que piensas de manera desadaptativa que influyen en tus conductas.

Se finalizó la sesión recomendando al paciente seguir practicando la técnica aprendida en sesión, con un espejo.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose motivación para el cambio.

16° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Psicoeducar en ensayo de conducta.
- Retroalimentar la sesión pasada.
- Revisar la tarea anteriormente dejada.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Ensayo de conducta.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se dio inicio a la sesión terapéutica dándole la bienvenida a la paciente y felicitándola por su asistencia. Asimismo, se le paso a preguntar cómo se encontraba desde la última sesión. Respondiendo que durante el tiempo que no estuvo asistiendo a sesión se encontró tranquila y que no había sentido ansiedad. Lo cual le hacía sentir bien. Por otro lado, se le paso a pedir la tarea dejada la sesión pasada.

Paciente: si, lo traje en una hoja.

Terapeuta: perfecto. Haber dime cual es la situación.

Paciente:

SITUACIÓN	SENSACIÓN EN ESE MOMENTO	EVALUACIÓN (PENSAMIENTO)
Cuando estoy trabajando en la oficina del SIS y me encuentro cansada.	Cólera, frustración y eso me da calor.	La gente viene solo a desquitarse una, piensan que de mi depende sus tramites

Asimismo, se le manifestó que en la sesión de hoy abarcaremos una nueva técnica y antes de empezar con la tarea que llevó a sesión, se empezaría por definir y explicar la importancia, de la técnica ensayo de conducta.

El ensayo de conducta es el procedimiento más frecuentemente empleado en el entrenamiento de habilidades sociales. Por medio de dicho procedimiento se representan maneras apropiadas y efectivas de afrontar las situaciones de la vida real que son problemáticas para algunas personas. El objetivo del ensayo de conducta consiste en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos y reemplazarlos por nuevas respuestas.

Terapeuta: muy bien, entonces empezaremos a trabajar con eso. Dime María, como actúas tú ante esta situación. Además, me gustaría que me cuentes porque te encentrabas cansada.

Paciente: bueno, yo me siento cansada porque, tengo mucho trabajo y eso me estresa. Asimismo, no tengo un grato ambiente laboral ya que, es espacio es muy pequeño y oscuro.

Terapeuta: te entiendo. Y dime como tiendes tú a reaccionar ante eso.

Paciente: mi trabajo también, consiste en atender a personas y en varias oportunidades la gente suele ir molesta y reclaman por medio de gritos. Y ante eso me frustró y a veces reacciono de mala manera y término gritando también.

Terapeuta: dime, María, si nos ponemos a la altura de la persona que nos está gritando y nosotros también gritamos nadie se entiende, y las cosas pueden empeorar.

Paciente: si, pero a veces la gente no entiende.

Terapeuta: bien, ahora yo haré una representación de todo lo que tú me has contado. Yo tomare tu papel y tú harás de una persona que me viene a reclamar algo. Y quiero que te des cuenta de mi forma de actuar, mis gestos y postura.

Paciente: ok.

Entonces me encuentro en la oficina, con mucho trabajo y no he podido dormir bien. Luego de haber atendido a varias personas; se acerca una que me empieza a gritar (tú me empiezas a gritar acuérdate de una ocasión que te haya pasado a ti).me doy cuenta que me estas gritando y como estoy estrada y cansada; te comienzo a gritar también y así estamos por unos 20 minutos de una manera descortés le doy la espalda y la deajo de atender. La persona molesta me empieza a insultar.

Terapeuta: muy bien María, ahora vamos a hacer la misma escena, pero de una manera diferente.

Paciente: ok.

Yo sé que estoy cansada; pero me doy cuenta que si yo también grito la persona tampoco me entenderá y por la cólera puede que lleguemos a los insultos. Por lo cual optó mejo por decirle que se calme porque si ambos gritamos no nos vamos a entender y no solucionaremos nada estando ambos alterados. Si pese a eso sigue gritando vamos a pasar de una manera cortes a no prestarle atención hasta que se calme. Diciéndole que no se le podrá atender hasta que se encuentre más tranquila.

Terapeuta: dime, María de que te diste cuenta de la primera escena.

Paciente: bueno, usted se alteró fácilmente, su volumen de voz se incrementó, su rostro también dijo mucho porque, tenía el ceño fruncido, su boca se abría más y su postura era hacia adelante y movía mucho los brazos.

Terapeuta: perfecto. Ahora quiere que me digas lo que notaste en la escena 2.

Paciente: estaba más calmada, su voz se mantuvo estable, utilizo palabras adecuadas, su gesto de su rostro era de calma, su postura era recta y movía sin exagerar los brazos.

Terapeuta: muy bien, cual crees tú que es la manera adecuada de actuar.

Paciente: la segunda escena.

Terapeuta: y porque crees que esa fue la mejor.

Paciente: porque pudo controlar mejor la situación y no se alteró con facilidad. Y además, creo que si usted atiende de esa manera le puede transmitir lo mismo a la otra persona. Por otro lado, de esa manera no me altero.

Terapeuta: muy bien María.

Para finalizar se le dejó como tarea seguir practicando la técnica de ensayo de conducta en su vida diaria. Y se le entrego una hoja de registro (Ver anexo N°04).

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que a partir de ella misma puedo establecer esta relación.

17° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Explicar y discutir el tema asertividad.
- Psicoeducar sobre los estilos de comunicación.
- Explicar sobre los tipos de aserción.
- Asignar tarea para la siguiente sesión.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Estilo de comunicación.
- Tipos de aserción.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dándole la bienvenida y felicitando por su asistencia. Además, la paciente mencionó que había estado utilizando las técnicas propuestas con efectividad; ante lo cual la terapeuta expresó su alegría. Se procedió luego a introducir el tema que se abarcaría en esa sesión, que estaría relacionada con los estilos de comunicación; preguntándole a la paciente que entendía por el término. Se discutió las diferentes acepciones brindadas por la paciente, para poder deslindar el término claramente. Una vez se tuvo claro, se pasó a explicar paso a paso sobre los estilos de comunicación que las personas utilizan con regularidad.

LOS ESTILOS DE LA COMUNICACIÓN:

ESTILO PASIVO:

Evita dar su punto de vista, siempre acepta lo que los demás dicen y no defiende sus puntos de vista.

ESTILO AGRESIVO:

Se caracteriza por imponerse a la fuerza. Juega al yo gano y tu pierdes.

ESTILO ASERTIVO:

Hablar con efectividad y propiedad. Exponer sus ideas de forma lógica y juega al yo gano y tus ganas.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTILO PASIVO:

Voz: Temerosa, débil, volumen bajo/casi apagado.

Mirada: Evitación del contacto visual, ojos tristes y caídos.

Manos: Temblorosa y sudorosa.

Conducta no verbal: Mira hacia abajo, voz baja, postura tensa, afirmación con la cabeza constantemente.

Conducta verbal: Uso de "Quizás", "No es importante", "No te moleste".

Efectos que provoca: Irritación, resentimiento, baja autoestima, disgusto.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTILO AGRESIVO:

Voz: Fuerte y fría, tiende a gritar.

Mirada: Fija y penetrante.

Manos: Movimientos rechazante con la mano.

Conducta no verbal: Mirada fija, voz alta, orgullosa, desafiante, rígida y gestos de amenaza.

Conducta verbal: "Deberías", "Harías mejor en".

Efectos que provoca: Tensión, descontrol, mala imagen, soledad, hiere a los demás, frustración.

CARACTERISTICAS DEL ESTILO ASERTIVO:

Voz: Buena entonación, firme, relajada y animada.

Mirada: Expresiva, honestidad en la mirada y mira a los ojos.

Manos: Movimientos de manos relajados y naturales.

Conducta no verbal: Contacto ocular directa, serena, amable, gesto firme, seguridad y relajación corporal.

Conducta verbal: "Pienso", "Siento", "Quiero", "¿Cómo podemos resolver esto?", ¿Qué piensas?



estableció que la paciente utilizaba estilos que variaban entre la pasividad y la agresividad. Se afirmó que esto no era algo negativo, pues era imposible ser en todas las situaciones una persona asertiva. Por ello, se afirmó que la práctica de la asertividad sería más sencilla cada vez si es que se utiliza frecuentemente. Asimismo, se habló acerca de las ventajas de ser una persona asertiva y se diferenció entre la aserción positiva y negativa. Además, se brindó pautas para poder ser una persona asertiva y se animó a la paciente a que comenzara a aplicarlo en su vida diaria.

ASERCIÓN NEGATIVA: Aceptar errores

Todos cometemos errores, y, además, tenemos derecho a ello. Hay veces que, sin querer hacer daño, en ocasiones, lo hacemos cuando no es esa la intención. En estos casos la técnica de la aserción negativa nos permite hacer una autocrítica y que generará en el otro una reacción menos agresiva.

¿Cómo se lleva a cabo la técnica de la aserción negativa?

- Todos tenemos derecho a equivocarnos, y partiendo de esta premisa, reconocemos de forma abierta que hemos cometido un error.
- Cuando reconocemos que nos hemos equivocado, es signo de querer enmendar el malestar causado, lo que permite una centralización en la conducta presente o futura, quitándole importancia a la acción pasada generadora de malestar.
- No se trata de justificar ni de buscar excusas que nos permitan minimizar lo que ha ocurrido, en lugar de decir “perdona o lo siento” optar por aceptar nuestros fallos diciendo “ha sido estúpido por mi parte decir o hacer” o “tienes razón, no debería haberlo dicho, pero ha sido una tontería”.

ASERCIÓN POSITIVA: Dar y recibir halagos

En la sociedad en la que vivimos, parece que nos centramos más en resaltar lo negativo de los demás, dando por hecho, que lo positivo que hacen es lo normal, lo esperable, lo que tienen que hacer...una norma de obligado cumplimiento que no recibe ningún tipo de refuerzo positivo. No se trata de que estemos continuamente alabando a los demás como si fueran dioses, pero a veces ahorramos en palabras cuando elogiamos, lo contrario ocurre cuando criticamos que somos capaces de usar palabras muy variadas. Reforzar positivamente de forma verbal o mediante gestos, lo que otras personas hacen o dicen que nos parece adecuado, agradable u oportuno hace que se repita en el tiempo. Cuando es a nosotros a los que van dirigidos los halagos es posible que tengamos reacciones diversas como desviarnos del tema, centrarnos en el elogio en sí, que no nos lo creamos, que nos sintamos obligados a responder de la misma manera cuando lo asertivo es, aceptar la felicitación con una mirada, un gesto o un “gracias” y disfrutar de ello sin darle más vueltas.

Pautas para ser una persona asertiva:

- Siempre habla en primera persona. No puedes conocer lo que la otra persona piensa o siente, las interpretaciones pueden jugar en tu contra.
- Expresa lo que piensas y sientes, no impongas nada a la otra persona.
- Debes tener en claro cuál es tu papel en la situación, algunas cosas van a ver que se pueden escapar de control.
- Es necesario, saber encontrar el momento y lugar para poder expresar lo que piensas
- Siempre tener en cuenta las expectativas que uno tiene cuando se es asertivo. Recordar que expresar lo que uno piensa, no implica

necesariamente que los demás vayan a actuar como deseamos. Sin embargo, le va a dar a la otra persona información sobre lo que nosotros pensamos para que ella decida actuar con datos precisos y no con interpretaciones.

Al finalizar la sesión se brindó unos minutos a la paciente para aclarar algunas dudas con respecto al tema.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que la paciente logró reconocer el estilo de comunicación con el cual se identifica y como pretende lograr ser una persona más asertiva.

18° sesión.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar sesión anterior.
- Revisar la tarea de la sesión anterior.
- Explicar técnica solución de problemas.
- Comunicar a la paciente que ya se acerca la culminación del tratamiento.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Solución de problemas.

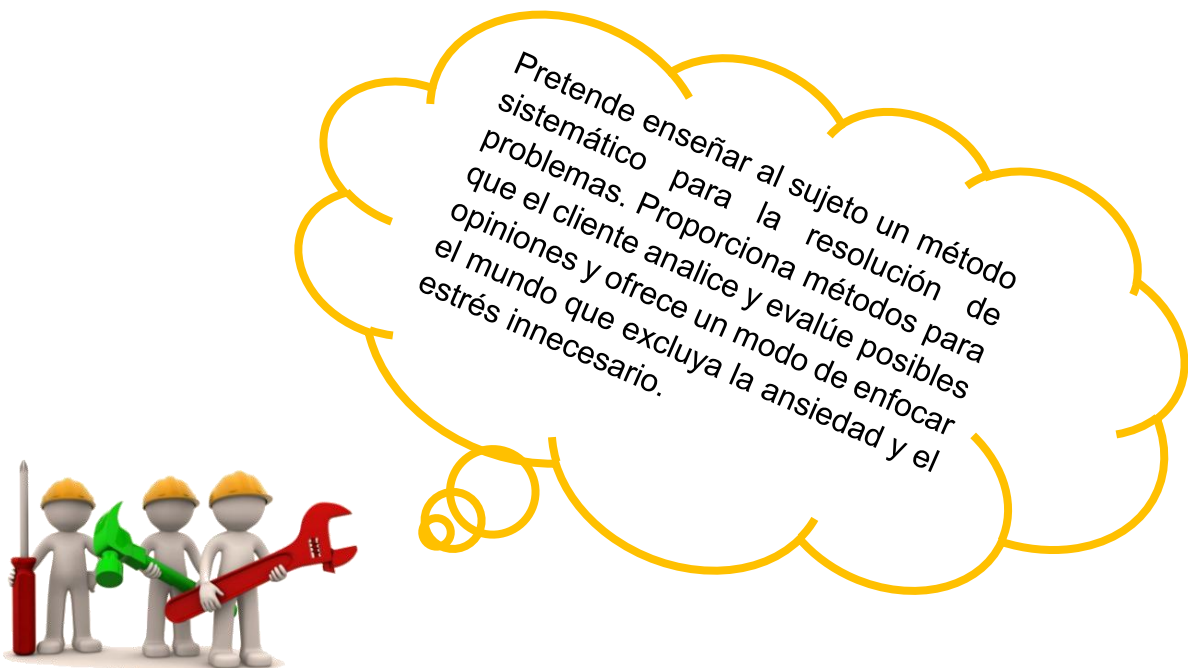
3. INSTRUMENTOS:

- Inventario de depresión de Beck (IDB).
- Escala de ansiedad estado rasgo (STAI).

4. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión dándole la bienvenida y expresando a la paciente que la actitud positiva que ha demostrado durante todo el continuo del proceso psicoterapéutico es relevante para su mejoría. Se procedió luego a preguntar si había practicado lo realizado la sesión pasada y si había hecho la hoja de autorregistros; mencionó que sí y que le está sirviendo mucho para relacionarse con los demás. Para comprobar lo expresado por la paciente, se le pidió que lo explicara. Ante lo cual lo realizó de una manera adecuada. Se enfatizó en que debía seguir practicando lo aprendido en sesión y de no realizarse bien las técnicas lo más probable es que la terapia no funcione. Una vez que la paciente había entendido nuevamente lo fundamental de

prestar atención, registrar y practicar lo aprendido en consulta; se pasó a trabajar con la técnica de solución de problemas. Antes de empezar se le preguntó que entendía por la expresión “solución de problemas” contestando: *es una manera de cómo se puede llegar a una solución de algo que causa malestar ya que, no es fácil solucionar, puede implicar pasos también.* Ante ello se le felicitó por lo expresado. Seguidamente, se explicó.



Se mencionó también que para llegar a una solución de problemas adecuado requiere de pasos o fases:

FASES	OBJETIVO	EJEMPLO
1. ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA.	Desarrollar una actitud facilitadora en el sujeto a la hora de enfrentarse con el problema.	“soy capaz de hacerlo” “tengo que enfrentarlo y no evitarlo” “no debo precipitarme a dar una respuesta”
2. FORMULACIÓN DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.	Definir el problema y plantear metas reales.	“cuál es el problema”
3. GENERACIÓN ALTERNATIVAS.	Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de resolver el problema.	“qué puedo hacer para solucionarlo”
4. TOMA DE DECISIONES.	Valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la (s) que pueden resolver la situación.	“qué consecuencias puede ver +/ -“ “cual voy a elegir”
5. PUESTA EN PRÁCTICA.	Poner en práctica las decisiones tomadas y comprobar los resultados.	“llevo a cabo estas alternativas y observo si soluciono realmente el problema o reviso el proceso”

Mckay, M. (1985). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés.

Luego de dar tiempo a la paciente para que anotara los pasos se pasó a pedir una retroalimentación de la sesión. Pasando a explicar mediante un ejemplo. Se discutieron algunas ideas presentadas y se corrigieron algunas ideas que se entendieron equivocadamente. Antes de pasar a terminar la sesión, se procedió a explicar a la paciente la etapa de tratamiento estaba llegando a su culminación y por ello las sesiones ya no serían una vez a la semana, sino que se distanciarían 1 vez al mes. Luego se le entregó a la paciente 2 pruebas psicológicas, las mismas que se le tomaron al iniciar el proceso de evaluación; explicándole que era necesario para medir de una manera cuantitativa si con las sesiones de tratamiento se habían llegado a los objetivos planteados en la primera sesión de tratamiento. Las pruebas utilizadas fueron: el inventario de depresión de Beck y la escala de ansiedad estado rasgo.

Pautas a tener en cuenta:

- Siempre debemos estar conscientes de cuál es nuestro papel en el problema. Van a haber aspectos del problema que van a estar fuera de nuestra responsabilidad.
- El objetivo de la lluvia de ideas es el tener en cuenta que siempre tenemos una opción frente a lo que nos sucede.
- No esperar que el resultado sea perfecto. Van a haber factores fuera de nuestro control, no existe la solución ideal.
- Divide y conquistarás. Todo problema grande está compuesto de varios problemas pequeños.

Se finalizó la sesión recomendando a la paciente seguir practicando las técnicas aprendidas en sesión. Asimismo, se le explicó que las citas ya no serían cada semana sino ahora se realizarían de manera quincenal; el cual se realizara en 2 oportunidades más y una final de 1 vez al mes. Luego de eso se le explicó que viene la parte más bonita, porque es ahí donde ella pondrá en práctica todo lo aprendido durante el proceso psicoterapéutico.

5. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que la paciente mostró fuerza de voluntad y compromiso para su mejora personal.

Capítulo IV

Resultados

4.1. Criterio del paciente

La paciente al culminar las sesiones de tratamiento refiere sentirse mucho mejor que al inicio de la terapia, señalando una disminución significativa de las crisis de pánico. También, comenta que la sintomatología fisiológica se ha visto reducida de manera importante pues, la taquicardia, mareos y cefaleas ya no las siente. Asimismo, resalta que fue la técnica de exposición interoceptiva fue la que la ayudo a reconocer y darse cuenta que no necesariamente cuando siente los síntomas físicos quiere decir que tendrá una crisis de pánico. Por otro lado, indica que a nivel afectivo se siente bien pues la manera en cómo percibe e interpreta lo que viene pasando en su vida se han visto modificadas desde que ha empezado a poner en práctica lo aprendido en sesión. También, señala que los resultados obtenidos de la terapia le han generado gran satisfacción a nivel personal e interpersonal ya que actualmente mantiene una mejor relación con sus pares y con ella misma. Resalta, que se siente como nueva y sin temor de enfrentar las dificultades diarias.

4.2. Criterio de otros profesionales

De acuerdo a la historia clínica de la paciente, se observa que primero acudió al servicio de neurología, pues creía que podía tener alguna enfermedad médica, según los resultados no padecía ninguna enfermedad física y es ahí donde el médico la deriva al servicio de psiquiatría; apreciando en su historia clínica que acudió en dos oportunidades al psiquiatra; la primera de ellas fue antes de iniciar su tratamiento en el área de psicología, donde fue diagnosticada con trastorno de ansiedad y recibió tratamiento farmacológico, recibiendo como indicación tomar los

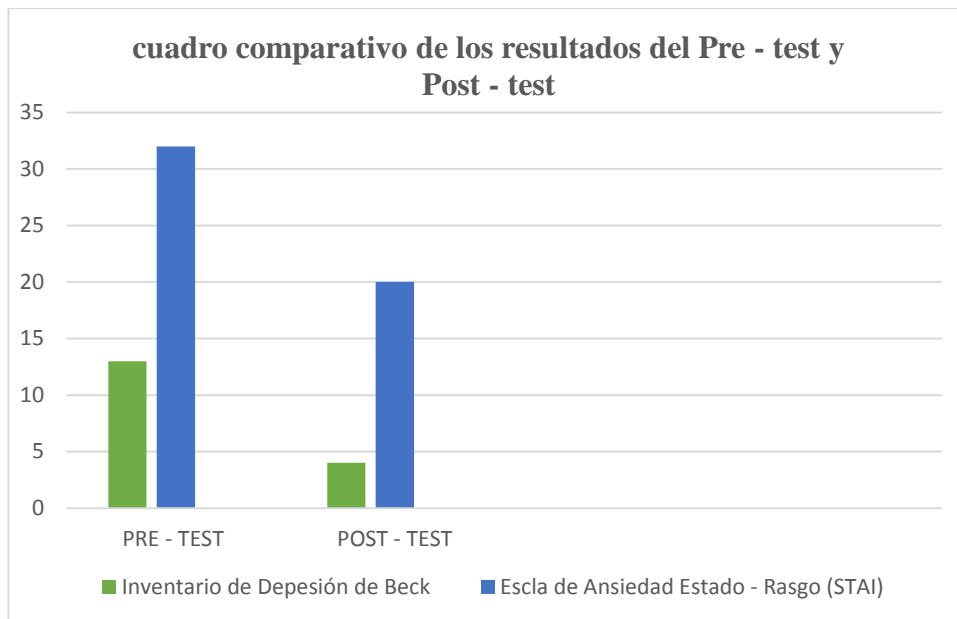
medicamentos solo en caso donde no pueda controlar los síntomas. Asimismo, fue derivada al servicio de psicología. Luego de 4 meses de iniciada la terapia psicológica nuevamente acudió a su cita con la psiquiatra quien esta vez la diagnostico con trastorno de pánico en remisión parcial, suspendiendo el tratamiento farmacológico. Cabe resaltar que la paciente nunca llego a tomar los medicamentos.

4.3. Criterio psicométrico

Los resultados obtenidos en el pre – test fueron: en el Inventario clínico multiaxial Millón II, nos da como resultado tendencia de rasgos dependientes; en el Inventario de Depresión de Beck se obtuvo un puntaje total de 13 que la coloca dentro del rango de depresión leve; en relación a la Escala de Ansiedad Estado– Rasgo (STAI) alcanzo un puntaje a nivel de Estado igual a 34 y Rasgo igual a 31, lo cual se ubica dentro de la categoría de moderado.

Al finalizar las sesiones de intervención psicoterapéutica, se le aplicó nuevamente la batería de pruebas, con el fin de observar mejoras. En relación al Inventario de Depresión de Beck se obtuvo un puntaje total de 4 lo cual la ubica en el rango de normalidad; por otro lado, la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) logró un puntaje a nivel de Estado igual a 8 correspondiente a la categoría de bajo y en relación al nivel de Rasgo alcanzo un puntaje igual a 21 que le corresponde a la categoría de normal.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo con los resultados obtenidos en la evaluación.



4.4. Criterio clínico

Al finalizar con las sesiones de intervención psicoterapéutica y de seguimiento, la paciente ha logrado obtener:

- Una disminución significativa de los síntomas del trastorno de pánico, presentando un mayor autocontrol y capacidad de regular sus emociones ante situaciones de estrés, incomodidad o temía enfrentar por los síntomas de ansiedad, ha logrado enfrentarlos de manera eficaz por medio de las técnicas de afrontamiento aprendidas, así como también, a cuestionar y modificar sus pensamientos irracionales; lo cual le permite tener una mayor autonomía en sus emociones y comportamiento.
- Una remisión de la sintomatología ansiosa.

Al cabo de las sesiones de terapia la paciente ya no presenta o presenta en menor medida, algunos criterios que corresponden al trastorno de pánico, como el miedo irracional la actividad fisiológica,

como taquicardia, sensación de desmayo, y miedo a no saber qué hacer ante una crisis de pánico. La paciente es capaz de enfrentar a la situación temida con menor ansiedad y sus pensamientos ya no son anticipatorios ni catastróficos, ni tampoco tiende a maximizar los estímulos internos.

4.5. Criterio de funcionalidad

En la actualidad, la paciente se encuentra trabajando como técnica de enfermería en un hospital de Lima, demostrando un nivel de funcionalidad adecuado a sus exigencias cotidianas. Sus relaciones interpersonales se han visto incrementadas, siendo más sociable, se muestra más segura de sí misma; ha aprendido a regular sus emociones y a identificar y modificar pensamientos distorsionados.

4.6. Seguimiento

17/05/2016.

1° sesión de seguimiento.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar las sesiones anteriores.
- Evaluar el mantenimiento de los progresos obtenidos.
- Asignar tarea para la siguiente sesión.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Retroalimentación.

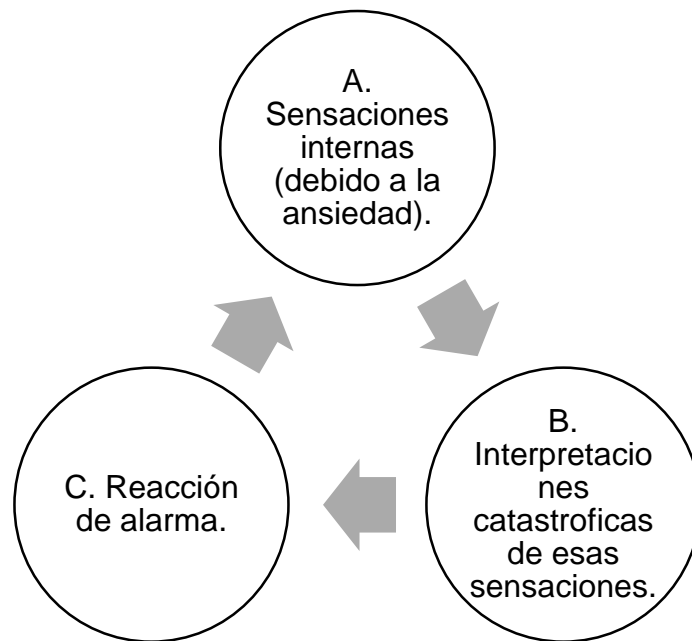
3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión saludando a la paciente y preguntándole por cómo le había ido en el tiempo entre las consultas. Afirmó que las cosas en su trabajo estaban marchando bien, debido a que habían cambiado de jefe y que la actual jefa le tenía paciencia y que no se comportaba como jefa sino como líder. Además, manifestó que las crisis de pánico se encontraban bajo control. También, mencionó que había estado utilizando las técnicas propuestas con efectividad ante lo cual el terapeuta expresó su alegría. Se procedió luego a que retroalimentar el tema de cómo se producen las crisis de pánico. Se le pasó a preguntar si se acordaba de cómo a las crisis o ataques de pánico. Afirmó que nos referíamos a la aparición repentina de miedo o malestar intenso a las sensaciones de mi propio cuerpo. Se felicitó por la buena respuesta brindada. Ante lo cual, se complementó expresándole que las crisis de pánico se acompañan de un sentimiento de peligro y de una urgente

necesidad de escapar. En el momento de la crisis, la persona que la sufre cree que está a punto de morir o hasta de llegar a perder el control de sí misma. Seguido de eso se explicó cómo se llega a eso.

Las crisis de pánico son las respuestas de alarma de nuestro organismo ante el peligro. Si reaccionásemos con miedo, porque alguien nos quiere atacar; consideraríamos nuestra reacción de temor y las manifestaciones internas que lo acompañan, como algo normal. Si un amigo nos gastase una broma amenazándonos con una pistola y nosotros creemos equivocadamente que va a disparar; responderíamos con el mismo temor y se pondría en marcha nuestro sistema de alarma, pero en este caso sería una falsa alarma. Cuando nuestro cerebro percibe un peligro, ya sea real o imaginario automáticamente se pone en marcha el sistema de alarma; es decir se activa una parte de nuestro sistema nervioso que provoca diversos cambios fisiológicos o internos, que nos prepara para afrontar el peligro. Y lo que ocurre en la crisis de pánico es que el peligro no es real y las alteraciones fisiológicas pasan a ser una verdadera amenaza. La paciente comentó, que eso es lo que le pasa y que los síntomas internos que siente parecen bien reales como si verdaderamente le pasa algo malo. Se le explicó, que debido a eso se forma “el círculo vicioso del pánico”. Se le indicó que ahora vamos a ver como se llega a esto:

Círculo vicioso del pánico.



- A.** Se interpreta como que algo malo está pasando.
- B.** Suelen concretarse en las creencias distorsionadas.
- C.** Mecanismo reflejo del organismo.

¿Cómo se pone en marcha el círculo vicioso del pánico?

Si al notar alguna de esas sensaciones que se perciben como extrañas, pensamos que significan que va a ocurrir algo terrible (ejem. Que se va a volver loca), usted se pone más nerviosa y, por ello aumentan sus sensaciones típicas del pánico. Dicho de otra forma, al pensar que está en peligro se pone en marcha su sistema de alarma (punto C) que, entre otras cosas, conlleva a un aumento de las sensaciones internas (punto A). Ese aumento de sensaciones, suele interpretarse como prueba de que su estado no es normal y de que algo malo está pasando (B), con lo cual aumenta más su ansiedad y las sensaciones derivadas de ella; es decir se activa con mayor fuerza su sistema de alarma (C). Así se forma el círculo vicioso, que puede acabar en una crisis de pánico.

Se finalizó la sesión recomendando a la paciente seguir practicando las técnicas aprendidas durante las sesiones y que si hasta el momento iba mejorando se debían en gran parte a su voluntad por salir adelante. Asimismo, se le dejó como tarea leer un artículo que se le entrego, pidiéndole que lo analizara y la siguiente sesión se discutiría sobre ello. (Ver anexo N°05).

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que la paciente había entendido adecuadamente la técnica anteriormente realizada.

2° sesión de seguimiento.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Retroalimentar las sesiones anteriores.
- Evaluar el mantenimiento de los progresos obtenidos.
- Revisar la tarea de la sesión anterior.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Retroalimentación.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión saludando a la paciente y preguntando por su estado actual. La paciente expresó que no había tenido problema alguno durante el tiempo que no había acudido a sesión y que se encontraba feliz de haber podido llegar hasta el punto en el que se encontraba actualmente. Asimismo, menciono que había tenido 2 crisis de pánico que pasaron rápidamente y que desde que está en sesión ya sabía cómo controlar si le vienen episodios de más larga duración. Pues ahora se siente preparada para poder controlarlos. Se procedió luego a preguntar por la tarea asignada la sesión anterior. La paciente afirmó que le pareció muy interesante porque cuando empezó a leerlo sintió como si la historia escrita en las hojas que se le entregó, fuese su propia historia de cómo ella empezó a sentir sus episodios de pánico. Se le preguntó porque se sintió tan identificada con la historia, afirmo, que ella empezó así a sentir su cuerpo, tal cual se narra en la historia y que, si en las hojas no apareciera el nombre de la autora del artículo, ella pensaría que es acerca de cómo había ido desarrollando sus crisis de pánico

y como las ha ido controlando. Se felicitó por lo comprendido de la lectura y se enfatizó que ahora ella ya no es una persona débil y que al contrario ya está armada para poder controlar las crisis de pánico. Señalo que no fue fácil, pero se siente satisfecha y muy contenta con lo logrado. Se aprovechó la oportunidad para repasar los conceptos de condicionamiento interoceptivo e hipersensibilidad a los estímulos internos, explicados en las primeras sesiones. Se explicó que, si los síntomas atacaban de manera aislada, se daría cuenta que un síntoma fisiológico es sólo eso y no una crisis de pánico. Se hizo también una explicación de cómo la evitación mantiene el miedo. Asimismo, se le aclaró a que se deben esas sensaciones desagradables.

1. Mareo: tensión en las vértebras del cuello que disminuye el aporte de sangre a la cabeza o efectos de la hiperventilación.
2. Falta de aire: aumento de oxígeno en la sangre debido a la hiperventilación.
3. Taquicardia: cuando estamos en peligro real o imaginario, el corazón trabaja con mayor fuerza y rapidez. Así envía más sangre a las zonas implicadas en la reacción de alarma, para que puedan funcionar mejor (huir).
4. Opresión en el pecho: tensión de los músculos debido a la hiperventilación.
5. Sofoco: aumento de la temperatura en las zonas más vitales y puesta en marcha del sistema de enfriamiento de nuestro organismo (sudor).
6. Percibir las cosas de forma extraña, ver lucecitas: disminución de oxígeno en ciertas partes del cerebro, debido a la hiperventilación.
Dilatación de las pupilas que aumenta la visión periférica.

La focalización de la atención en captarlas aumenta la percepción de cualquier sensación. Además, dado que las sensaciones temidas en el pánico son las propias de la ansiedad, cualquier pensamiento de que suponen un peligro, puede producirlas o incrementarlas. Todos estos cambios como ya se mencionaron serían útiles y beneficiosos si se encontrase ante un peligro real. Pero, si en vez de tomarlos como algo normal; usted piensa que esas sensaciones son peligrosas, se activaría aún más el sistema de alarma y por tanto las sensaciones y el miedo aumentan.

Se finalizó la sesión recomendando a la paciente recordar lo explicado en sesión y que tenga cuenta cuales son los componentes del círculo del pánico.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos observándose que la paciente había entendido adecuadamente la técnica anteriormente realizada.

Final de la sesión de seguimiento.

1. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Evaluar el mantenimiento de los progresos obtenidos.
- Comunicar la culminación del proceso psicoterapéutico.

2. TÉCNICAS

- Dialogo explicativo.
- Escucha activa.
- Retroalimentación.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN

Se inició la sesión saludando y felicitando a la paciente por su puntualidad. Asimismo, se le pregunto por su estado actual, la paciente menciona que se encontraba tranquila y que desde la última vez solo había presentado un episodio de pánico, pero de intensidad muy baja. Se aprovechó la oportunidad para poder enfatizar que era justamente su esfuerzo el que la había hecho mejorar. La paciente estuvo de acuerdo y agradeció al terapeuta en el tiempo que se había invertido en el proceso psicoterapéutico. Se comunicó a la paciente que esta sería la última sesión, se le afirmó que si aún sentía que era necesario seguir con las consultas con gusto podía solicitar una nueva cita. Sin embargo la paciente manifestó que ya estaba en condiciones de utilizar sus propios recursos que había aprendido en las sesiones, las cuales le servirían para afrontar las situaciones, por lo cual ella se haría responsable de continuar con las prácticas de las técnicas aprendidas. Asimismo, se animó a la paciente a escribir en su cuaderno las siguientes preguntas: ¿con que síntomas vine a terapia?, ¿con que me voy de terapia?, ¿Qué hago si me vienen los síntomas? Ante lo cual la paciente pasó a desarrollar:

1. ¿Cómo vine a terapia?

- Con miedo.
- Con nervios.
- Con mareos.
- Miedo a caminar rápido.
- Un poco de temor a salir de casa.
- Temor a cerrar los ojos.
- Miedo a las alturas.
- Miedo a perder el aire.
- Miedo a perder el control.
- Con ganas de encontrar alguien que me ayude.

2. ¿con que me voy de terapia?

- Mucho más tranquila.
- Con confianza en mí misma.
- Ya puedo subir a las alturas.
- Ya puedo controlar mis crisis de pánico, es lo que más me ha ayudado.
- He aprendido que tengo que preocuparme por mi persona al igual que lo hago por los demás.
- Sé que el miedo siempre estará conmigo, pero ya no intento de escapar, por el contrario, lo afrontó.

3. ¿Qué hago si me vienen los síntomas?

- En primer lugar, practicar las técnicas de relación.

- Practicar la relajación por la respiración.
- Cambiar mi manera de pensar, de que algo malo me puede pasar.
- Pensar que las sensaciones internas son normales.

Una vez terminada la tarea de la paciente, se resaltó en todo lo que haba escrito. Y se puso énfasis en la importancia de practicar constantemente lo aprendido. Se afirmó a la paciente que no era fácil llegar hasta el punto en el que había llegado, pero que el terapeuta se encontraba muy alegre de los logros obtenidos por la paciente.

Se finalizó la sesión recomendando a la paciente no olvidar lo aprendido. Pasó siguiente se despidió de la paciente y se le deseó la mejor de las suertes. Luego se dio por finalizada la consulta.

4. CONCLUSIONES

- Se alcanzaron los objetivos propuestos en el programa de intervención, observando el aprendizaje y mejoría de la paciente.

Capítulo V

Resumen, conclusiones y recomendaciones

5.1. Resumen

Paciente de sexo femenino, de 26 años de edad acude al servicio de psicología derivada del departamento médico de neurología, refiriendo que desde hace un año aproximadamente presenta mucha ansiedad que se manifiesta sintiendo mareos, palpitaciones, falta de aire, sudoración de manos, se me tención de las articulaciones y sensación de como si me fuera a desmayarse en cualquier momento. Este malestar le suele durar un promedio de 3 a 8 minutos, llegando a veces a 10 minutos; es ahí donde no lo puede controlar y por esa razón he llegado al servicio de emergencia en dos oportunidades. Este malestar está afectando su desenvolvimiento a nivel social, personal y laboral, ya que, le preocupa que tenga sus crisis de ansiedad en la calle y en el trabajo, sin saber ella que poder hacer para calmarse. Por ello, se siente preocupada sobre todo porque la sintomatología ansiosa aparece sin ningún acontecimiento activador; debido a estas preocupaciones se siente más alerta de las reacciones de su cuerpo sobre todo por los latidos de su corazón, el aumento de su respiración, el temblor de sus piernas, sudoración de sus manos, opresión de su pecho y miedo a sufrir un infarto o no saber qué hacer. Además, agrega que debido a la problemática por la que se encuentra atravesando ha llegado a sentirse triste pues considera que miedo y no sabe cómo controlarlos.

Se realizó el proceso de evaluación utilizando técnicas de observación y entrevista psicológica; así como, también, se aplicaron pruebas psicométricas con la finalidad de recabar información y conocer su situación actual. Seguido se realizó

el diagnóstico presentando a criterio clínico y psicométrico trastorno de pánico. Luego se elaboró el análisis funcional de las conductas presentadas a fin de establecer los mecanismos de afronte ante cada conducta y finalmente se realizó el programa de intervención psicoterapéutica, basada en el modelo cognitivo – conductual, el cual tuvo una duración de 18 sesiones de intervención psicoterapéutica y 3 sesiones de seguimiento; programadas 1 vez por semana, por 45 minutos cada una.

Se comenzó el proceso mediante la explicación de la problemática de la paciente usando como apoyo el modelo biopsicosocial, asimismo, se explicó desde el modelo cognitivo – conductual, como las interpretaciones diarias pueden influir en las creencias o pensamientos que tenemos sobre nosotros mismos, los demás y el mundo. Se aclaró en qué consistía la terapia y que se encontraba basada en la modificación de creencias o pensamientos que resultan des adaptativos o disfuncionales para la vida de la paciente, generando malestar a nivel emocional y conductual. Seguido se le explico el concepto de ansiedad, la diferencia entre ansiedad adaptativa y desadaptativa, la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Por otro lado, se trabajó técnicas de relajación, como respiración abdominal, relajación por medio de la imaginación, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, columnas de la autoestima solución de problemas y el entrenamiento en la comunicación asertiva.

La paciente, en el desarrollo de las sesiones se mostró colaboradora y con ganas de mejorar, ya que practica lo aprendido con regularidad.

Al término de las sesiones psicoterapéuticas, se revaluó a la paciente, obteniendo como resultado una mejoría a nivel emocional y conductual. Por último,

se realizaron 3 sesiones de seguimiento donde se retroalimentó las técnicas aplicadas durante todas las sesiones anteriores, sobre todo el manejo de la ansiedad frente a situaciones difíciles.

En la actualidad, la paciente presenta un mayor nivel de funcionalidad en su vida, recuperando actividades (salir a correr y bailar) que había dejado de lado por temor a los síntomas de las crisis de pánico.

5.2. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso de intervención psicoterapéutica, se puede señalar que se lograron los siguientes objetivos.

- La paciente ha aprendido a controlar su ansiedad frente a sus crisis de pánico.
- Se logró modificar las creencias irracionales de la paciente por pensamientos más flexibles y adaptativos a través de la reestructuración cognitiva.
- La paciente ha fortalecido su confianza y seguridad, sintiéndose capaz de poder controlar sus síntomas.
- Se logró mejorar significativamente el estado emocional de la paciente.
- Se evidencia una remisión de los síntomas del trastorno de pánico de la paciente.
- Se evidencia una mayor funcionalidad a nivel personal, social y laboral.

5.3. Recomendaciones

Para la paciente

- Se recomienda a la paciente continuar practicando las técnicas aprendidas, para lograr una aprehensión al tratamiento y de esa manera mantener una calidad de vida satisfactoria.
- Realizar una actividad deportiva.

Para los investigadores

- Seguir realizando investigaciones sobre la etiología del trastorno de pánico, que nos permita tener una mejor comprensión de sus características.
- Promover el incremento de los programas de intervención y promoción, a fin de reducir la incidencia y prevalencia del trastorno de pánico.
- Seguir realizando investigaciones de tipo cualitativo y cuantitativo de los otros problemas de salud mental.

REFERENCIAS

- Aguado, R. (2009). *S.o.s. tengo miedo: crisis de panico, fobofobia y agorafobia del siglo XXI*. Madrid : Piramide.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Piramide.
- Bados, A. (2005). *Agorafobia y pánico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Barclay, M. (1974). *Angustia y trastornos neuróticos*. Barcelona: Herder.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Descleé de Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Terapia cgnitiva: conceptos basicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 03, 465-478.
- Botella, C.(2014). Peronalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *En Anales de psicología*. 30(2), 381-394. Recuperado de <http://www.Scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n2/ps>
- Buela, G. (2001). *Manual de la evaluación y tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Burns, D. (2013). *Adiós, ansiedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo - conductual de los trastornos psicológicos*. España: Síntesis.
- Caballo, V. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociale*. España: Síntesis.

- Cía, A. H. (2009). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Palermo.
- Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Comeche, I. (2012). *Trastorno de angustia y agorafobia*. Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E. (1992). Trastorno de pánico: ¿terapias psicológicas, psicofármacos o tratamiento combinado?. *En Análisis y modificación de conducta*. 25(103), 45-47. Recuperado de <http://www.traspanicorregido.pdf>.
- La atención en salud mental en el Perú llega solo a 3 de cada 10. *Perú 21*. Recuperado de <http://wwwperu21.com/limaperu-institutodesaludmental>.
- Eizaguirre, O. & Chávez, R. (2013). Trastorno de pánico y fibrilación auricular. *En Medicina de Familia, Semergen*. 39(7), 370-375. Recuperado de http://ads/S1138359313000191_S300_es.pdf
- Instituto Nacional De Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2016). *Según estudio de la oms, intervenir en el tratamiento para la depresión y ansiedad lleva cuadruplicar su retorno*. Recuperado de <https://www.facebook.com/notes/instituto-nacional-de-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi/seg%C3%BAAn-estudio-de-la-oms-invertir-en.el-tratamiento-para-la-depresi%C3%B3n-y-ansiedad-/1539655122786545>
- Maero, F. (Abril de 2013). *Psyciencia*. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/04/ataques-de-panico-una-guia-para-profesionales-2.pdf>
- Mckay, M. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Roca.

- Mendez, F. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca nueva
- Mombelli, A. (2016). *El trastorno de pánico: Manual para el paciente*. Buenos Aires: Foro DBT.
- Moreno, P. (2011). *Guía de la ansiedad*. Barcelona: Clínicamoreno.
- Pérez, M. V. (2008). *La ansiedad en el mundo de hoy*. México: Minos.
- Prieto, A. (2014). Mis ataques de pánico esconden el miedo a la incertidumbre. *El Clarín*. Recuperado de https://www.clarin.com/sociedad/ataques-panico-esconden-miedo-incertidumbre_0_r1P86Kw9P7I.html.
- Robles, H. & Mata, J. (2016). Coocurrencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastorno de ansiedad. *En Revista de Psicología*. 25(1) 234 - 236. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v25n1/art04.pdf>.
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad, estrés y activación*. España: Descleé de Brouwer, S. A.
- Rodriguez, R. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemas.
- Stein, D. (2010). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona : Lexus .
- Sue, D. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal*. México D. F.: Cengage Learning.
- Viedman del Jesús, M. I. (2002). *Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad*. España: Universidad de Granada.
- Villalobos Pérez M. (2008). *La ansiedad en el mundo de hoy*. México: Minos.

Wood, C., & Cano , V. (2009). La hiperventilación y el trastorno de angustia a la luz de un marco cognitivo. *psicotema*. 20(1), 36-38. Reuperado de <http://www.scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n1/v20n1a05.pdf>.

Anexos

PRE TEST

IDB - II

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

Subtotal Pag. 1: 08
Subtotal Pag. 2: 05
Puntaje Total: 13

No: 000143

Depresión leve.

Nombre: Maria Estado Civil: soltera Edad: 25 años Sexo: F.
Ocupación: ta en enfermería Educación: superior técnica Fecha: 08/4/15
Evaluado por: Lucas Miranda Caycho C.P.P.: _____ Fax: _____

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Falta de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.
- ① He perdido la confianza en mí mismo(a).
- 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
- 3 No me gusta quien soy.

8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
- ① Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
- 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
- 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- ① No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.
- 2 Quisiera matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- ① No lloré más de lo que solía llorar.
- 1 Lloro más de lo que solía llorar.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

Continúa al Reverso

8

Subtotal Pag. 1

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre, Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 1 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.

- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.

- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre. No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 1 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 2 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Reciente, antes no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho/menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.

Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:

psichometrika@hotmail.com

psichometrika

Apartado 167 Lima 14 Cel.: 909-5707
Telefax : 476-9446

5

Subtotal Pag. 2

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

A5 = Moderado
 A6 = Moderado.

STAI

A/E ♀
 A/R ♀

PD = 30 + 14 - 10 = 34
 PD = 21 + 14 - 7 = 31

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres..... *Meda*..... Edad... *25*... Sexo... *F*
 Centro..... curso / puesto..... Estado civil... *soltero*
 Otros Datos..... Fecha... *08/04/2015*

A - E INSTRUCCIONES

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

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

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

A - R

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

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

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

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

HOJA DE RESULTADOS

Edad: 25 años

Escala de Validez			PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0 = Válido	56	X
X	Sinceridad	355 = Válido	80	Y
Y	Deseabilidad Social	17 =	48	Z
Z	Autodescalificación	10 =		

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.			
1	Esquizoide	18	64	64							64	1
2	Evitativo	27	78	78		78					78	2
3	Dependiente	39	93	93							93	3
4	Histriónico	23	61	61							61	4
5	Narcisista	37	74	74							74	5
6A	Antisocial	16	47	47							47	6A
6B	Agresivo-sádico	26	67	67							67	6B
7	Compulsivo	45	89	89							89	7
8A	Pasivo-agresivo	19	45	45							45	8A
8B	Autoderrotista	21	72	72		72					72	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	22	64		64		67	71	71		71	S
C	Borderline	18	46		46	46	49	53	53		53	C
P	Paranoide	32	67		67			69	69		69	P

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	14	52	52			55	70	70		70	A
H	Somatoformo	22	64	64			67	80	80		80	H
N	Bipolar	25	60	60							60	N
D	Distimia	11	15	15			18	33	33		33	D
B	Dependencia de alcohol	13	37	37							37	B
T	Dependencia de drogas	18	43	43							43	T

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	14	60		60					60	60	SS
CC	Depresión mayor	10	53		53					53	53	CC
PP	Desorden delusional	16	61		61					61	61	PP

Indicador elevado >=85
Indicador moderado 75-84
Indicador sugestivo 60-74
Indicador bajo 35-59
Indicador nulo 0-34

3. No es que sea desagradable, sino lo que pasa es que no soy muy buena para iniciar o mantener una conversación, además no soy buena para mantener amistades.
16. No siento eso, pero siento que a veces la gente se puede aprovechar de mí, porque soy una persona que difícilmente dice que no.
19. No, me gustaría ser como el resto, pero no tengo las habilidades como mis hermanos.
22. Yo siempre he hecho lo que me han dicho.
32. No sino que soy una persona que suele contar sus cosas a cualquiera.
63. No creo, pero soy una persona que no se da mucho a conocer, hasta me han dicho que soy una persona que no expresa sus emociones.
77. Si porque, a veces pienso demasiado en los demás, que me duelen de mí, no me gusta hacer sentir mal a los demás.
78. Si, porque de esa manera no les hago daño, porque sino luego me siento mal.
84. Si eso significa luchar por mis metas si, pero si implica pasar por encima de las personas creo que no lo haría.
86. No soy buena por eso.
98. Sobre todo por los problemas que hay en casa.
122. No porque no consumo alcohol.
145. Si, soy una persona que soy fácil de conversar y creo que eso es una debilidad.
158. Algo siento que mis familiares les gustaría que fuera mas sociable, pero yo soy mas tímida.
1. Si pero primero veo que no pueda perjudicar a nadie.

* Yo sufro de arritmia es una patología hereditaria pero yo se como diferenciarlo de mis crisis de pánico. Porque cuando es mi arritmia solo se me acelera el corazón, pero cuando es mi crisis de pánico, siento mareos, la visión se me pone borrosa, tengo tequicordia, me sudan las manos. Lo que hago para relajarme es primero tomarme el pulso y luego practico los ejercicios de relajación.

* Las personas que me conocen me dicen que no soy muy buena para expresar o demostrar mis sentimientos.

* Yo siempre he sido una persona que no suele contar sus cosas, porque más o menos los 11 años

yo miraba que mis padres tenían problemas y tenían que hacer sus cosas, yo no les contaba nada una vez llegue a pensar que todo eso pasaba por mi culpa. Y en una oportunidad pase por un puente y pense que pasaría sino estuviera, luego me dije que pensar así era tanto y cobarde. Asimismo, me sentía mal al ver a mis padres así no poder hacer nada.

* Yo siempre fui la típica niña genio. y he tenido padres muy sobreprotectores.

* todo mi malestar empezo el año pasado, senti mareos, no sentia mi cuerpo, tequicordia y sentia desesperación, esa fue la primera vez que llegue a emergencia. Por otro lado, no tenia control de mi cuerpo y tenia miedo no se porque. esta dificultad se me presentaba más o menos 4 veces a la semana.

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

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

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

Fecha..... 22/07/15.....

1. Datos Generales.

Nombre María
Dirección H2 P LT 18 Asc. Señor de los milagros - Santa Rosa - Arcon
Teléfono 964790387
Edad 26 Ocupación Tec. en enfermería

¿Quién lo derivó a la consulta psicológica?

Neurología Dr. Juárez → Psiquiatría.

¿Con quién vive en este momento? (enumere las personas)

Con mis padres
Con mi hermana
Con mi hermano

Mi hermana mayor con su su familia

2. Datos clínicos

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

tengo mareos, palpitaciones, sudoración de manos, se temen mis articulaciones, se siente como si mi fuerza se desmayara en cualquier momento, en cuestión de duración e intensidad es relativo puede variar desde un 3 a un 8. a dependido de la situación y cuanto me demora en controlarme.

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

Empezo en el 2015 me dio mareos y tengo la sensación de que me desmayaría, no sentía mi cuerpo y mi corazón latía tan fuerte que lo podía escuchar. Ingrese a emergencia y me diagnosticaron, pero primero me hicieron exámenes y me derivaron a neurología y me dijeron que tenía arritmia. luego volví ingresar a emergencia por 2^{da} veces pero esto vez por un cuadro de ansiedad y me derivaron al servicio de psicología.

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

<u>Levemente</u> Perturbador	<u>Modera</u> ^X <u>damente</u> Grave	<u>Muy</u> Grave	<u>Sumamente</u> Grave	<u>Totalmente</u> Incapacitante
---------------------------------	--	---------------------	---------------------------	------------------------------------

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

mi medico tratante cardiologia y neurologia
oparte con mis compañeras de trabajo

3. Datos Personales:

a) Fecha de nacimiento

4/6/89

Lugar de Nacimiento

piura

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

buena es lo que se podía estar en provincia eso

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

Terror Nocturno

Enuresis

Sonambulismo

Chuparse el dedo

Comerse las uñas

tartamudeo

Temores

Infancia infeliz

Infancia desdichada

Otros: pesadillas, miedo a animales, pánico a los arales
o pánico a la pizarras

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

- FAGA - parotiditis
- amigdalitis crónica - Varicela
- bronco espasmos - Asma

f) Estatura:

1.52

Peso:

65

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

Ninguna

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

*Ha en mes
Solo x medicina*

i) ¿Ha tenido accidentes?

*en una ocasión en la primavera una compañera en cuyo
la puerta del baño y me rompió la cabeza con la puerta*

j) Enumere sus cinco temores principales.

1. *Morar (pero no es amor en si, sino mas bien a desaparecer)*
2. *a perder a mi familia*
3. *a las alturas*
4. *a los animales*
5. *Actualmente tengo miedo de los episodios que me pasan
de salud pero no puedo explicarlos en concreto a que es.*

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

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

Otros:

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

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

Otros:

m) Intereses, hobbies y actividades actuales

- *Estudias*
- *familia*
- *trabajo*
- *salud*
- *escuchas musica*
- *patar, caminos por la playa*
- *leer*
- *escribin versos, canciones*
- *cantar*
- *Ver documentales, películas,*
- *trabajar*

n) ¿En qué ocupa su tiempo libre?

descansar

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

p) Aptitudes estudiantiles; puntos fuertes y débiles

arte ciencias English
Computación Matemática

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

Si por sacar buenas calificaciones

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

no!! / Si algunas

4. Datos laborales:

a) ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

Administrativo.

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

Asistencial como tec enfermería

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

Se podría decir q' si por un lado pero Aunq' por el horario es bueno me gustaria regresar a Londres pacientes pero directamente

d) ¿Cuánto gana?

1000

¿Cuánto gasta para vivir?

mas de lo q' gana

e) Ambiciones

Pasadas:

un mejor trabajo mas rentable
continuar mi casa
Salud.

Presentes:

Salud.

5. Información Sexual:

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

NO

b) ¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo?

en la escuela.

c) ¿Cuándo tomó conciencia de sus propios impulsos sexuales?

d) ¿Alguna vez sintió angustia o sentimientos de culpabilidad por actividades sexuales o masturbación?. En caso positivo por favor especifique.

e) Cualquier detalle significativo sobre su primera experiencia sexual o alguna posterior

f) ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual? (en caso negativo por favor especifique)

g) Suministre información sobre cualquier reacción heterosexual (u homosexual) significativa que haya experimentado.

6. Menstruación

a) ¿A qué edad tuvo el primer periodo? *12a*

b) ¿Estaba informada o fue un shock para usted? *me asuste*

c) ¿Es regular? *NO*

d) Duración *Iregular*

e) ¿Tiene dolores? *en ocasiones*

f) Fecha de último periodo *Actualmente*

g) ¿La menstruación le afecta el estado de ánimo? *en ocasiones*

7. Matrimonio:

¿Cuánto tiempo hace que está casada?

¿Durante cuánto tiempo conoció a su actual cónyuge antes de comprometerse?

Edad de su esposa/o

Personalidad de su marido/esposa (en sus propias palabras)

¿En qué terrenos hay compatibilidad?

¿En que terrenos no hay compatibilidad?

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

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

¿Algunos de sus hijos presenta problemas especiales?

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

Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior

7. Datos Familiares:

a) Padre

¿Vive? *Si*

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió?

Causa de muerte:

Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora? *56a*

Ocupación *Supervisor Mantenimiento Cadenas de Hoteles.*

Estado de salud *Diabetico*

b) Madre:

¿Vive? *Si*

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió?

Causa de muerte:

Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora? *53*

Ocupación *Ama de Casa*

Estado de salud *baja.*

c) Hermanos.

4 Hermanos

Cantidad de hermanos: 1

Edades: 21

Cantidad de hermanas: 3

Edades: 30, 32, 29

Relaciones con sus hermanos:

a) Pasada: Regular

b) Presente: A mejorado un poco.

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

Tercero, demagogo, ingenioso en ocasiones, demeritado confiado
Sobrio protector
respeto | cariñoso, protector

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

Sensible, dulce, sensata, cariñosa, me he padecido ver
su carácter molesto.

Es amable y cauta.

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

me lo han echo hasta el momento.

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

recuerdo q' en ocasiones era buena, pero en ocasiones existían pellos uno golpeo para si alzarlo la voz, mi papa en ocasiones existia violencia para mis hermanos mayores para mi no pero si lo veia, despues cuando crecimos mejor la situacion.

¿Podía confiar en sus padres?

Si, siempre q' los necesito han estado ahí para mi.

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

Describe en pocas palabras su formación religiosa.

Católico

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

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

¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

mi familia

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

No

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

No mentales, pero otras enfermedades si
DM, HTA, Enfermedad renal crónica. Terminó.

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

No se si cuento ya q no la recuerdo, me la cortaron al cuando
mi papá o mis papás y hermano tuvieron un accidente, mis
padres nos dejaron q morir fallecido cuando no era verdad.

Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.

- Cuando tengo arritmias, mareos.
- Cuando tengo estrés.

Enumere las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado.

Caminar por la playa descalza por el agua y sentir la brisa
del mar, me gusta escuchar música, ver flores.

¿Alguna vez perdió el control de sí mismo (por ejemplo: una rabieta, gritos o agresividad)?

En caso afirmativo, por favor detalle.

No

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

hay algo que me sucedió cuando era adolescente, creo que
era por un nivel de depresión que tenía, era tanto
que pensé que todo lo malo que pasaba en mi
familia las enfermedades, las peleas era por mi culpa
un día sin darme cuenta, tome una decisión
cuando me di cuenta ya estaba en el puente, fue
un instante, pero pasó. En este instante no regañe
por lo que había pensado. me voy y me pongo
que nunca más voy a hacer esto que es de tanto
a veces son algo tan hermoso como es la vida.

Autodescripción:

Por favor complete los espacios en blanco.

- Soy... *un ser humano con virtudes y defectos*
- Soy... *una chica introvertida que adora a su familia.*
- Soy... *una persona que es responsable, trabajadora, alegre y cariñoso*
- Soy... *una persona en la que se puede confiar muy fácilmente.*
- Me siento... *actualmente un poco frustrado por no poder recuperarme.*
- Me siento... *preocupado y estresado debido a mi condición actual.*
- Me siento... *quizá un poco deprimida cuando trato de separarme.*
- Me siento... *con ganas de que alguien encuentre la forma de calmarme.*
- Pienso... *que en ocasiones me encargo cosas de otras personas.*
- Pienso... *que no es suficiente mi esfuerzo para salir de esta situación*
- Pienso... *que en ocasiones ya no puedo con toda esta que carga ^{de} decisión ^{propia}*
- Pienso... *que todo lo que estoy atravesando lo por mi propio desaciendo*
- Quisiera... *en primer lugar ya me sentarme mal.*
- Quisiera... *en contar la forma de como controlar estos sucesos*
- Quisiera... *podría hacer tantas cosas que me he perdido hacer*
- Quisiera... *que las fuerzas no me fallen y vencer esto que me está pasando.*

Utilice los espacios en blanco para dar una imagen de sí mismo, con una sola palabra, según lo describiría:

- a) Usted mismo
- b) Su cónyuge (si está casado)
- c) Su mejor amigo
- d) Alguien que no lo quiere.



HOJA DE EVALUACIÓN INICIAL DEL PÁNICO

Subraya cada una de las sensaciones internas que sueles notar en un ataque de pánico:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o notar que late más deprisa
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar en el pecho
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo
- Parestesias (sensación de entumecimiento o hormigueo)
- Sudor, escalofríos o sofocaciones
- Desrealización (sensación de irrealidad)
- Despersonalización (sentirse separado de uno mismo)
- Sequedad de boca
- Otras (señala cuales).....

Al notar esas sensaciones ¿qué es lo peor que temes que puede ocurrirte?. Anota cada pensamiento catastrofista y tu grado de creencia en él en el momento de la crisis (de 0 a 10)

desmayarme 8 a 9
para caerme 7
morir al inicio de pánico aunque a mejorado
una ray un pánico en ocasión 5-6

¿Qué haces para evitar el desastre que temes?

Ej. tomar medicación, distraerte, rezar, relajarte, sentarte, pensar determinadas cosas (si es así, enuméralas), o cualquier otro comportamiento dirigido a "evitar el desastre temido" (anótalo)

trato de distraerme y relajarme y tener una frase
trato de pensar en otras cosas como estar en
lugares bonitos, a

¿Crees que tu principal problema podría concretarse en el temor a tener crisis (o ataques), durante las cuales experimentas sensaciones internas que te dan miedo, porque temes que puedan ser señal de que te ocurra algo peligroso? Si. Creo que es lo mas probable

Si es así, continua rellenando este cuestionario

¿Has recibido anteriormente algún tratamiento psicológico para este problema?. Si es así, indica:

- quién te trató.....
- qué tipo de tratamiento llevaste a cabo.....
- durante cuánto tiempo.....
- qué beneficios obtuviste.....
- cuándo acabó ese tratamiento.....

¿Has sido tratado anteriormente con fármacos por este problema?..... Si es así explica:

- quién te trató.....
- qué fármacos tomaste.....
- durante cuánto tiempo.....
- qué beneficios obtuviste.....
- cuánto hace que los dejaste.....

Indica si estás tomando alguna medicación en la actualidad. Si es así, señala por cada tipo de medicación que tomas:

Nombre del fármaco	Cuántos tomas al día y de cuántos mgrs.	Qué especialista te lo recomendó	Desde cuándo lo tomas
.....
.....
.....
.....
.....

¿Cuándo sufriste la primera (o primeras) crisis que dio origen a tu problema? *Junio 2015..*
 ¿Puedes describir qué sensaciones internas notaste y qué es lo peor que temiste que pudiese ocurrirte durante la crisis? *atmósfera palpitaras, omgs., p. amasar, p. histeria, generos, sensación de falta de aire, una sudor en las manos, y a dormirme en el suelo, desquitarlo, p. opresión en el pecho, y un m. de de otros pesanti, y no podía contentarme y controlar mi propio cuerpo... sentía una angustia y otros pensamientos...*

- ¿Recuerdas si hubo alguna circunstancia que creas que pudo influir en que tuvieses esa crisis?...
- estabas nervioso por algo (explica por qué).....
- habías tomado algún excitante (explica tipo y cantidad).....
- habías observado en alguien de tu entorno una enfermedad física o mental con síntomas aparentemente similares (señala en quien y de qué enfermedad se trataba).....
- habías estado preocupado anteriormente por alguna enfermedad tuya real o no (si es así explicarlo).....
- se daban otras circunstancias que, en tu opinión, pudieron influir en que tuvieses tu primera crisis o en que le cogieses miedo a las sensaciones internas (señálas).....

¿Alguien de tu familia o amigos ha tenido problemas nerviosos parecidos? *N.O.*

Desde el inicio de este problema ¿has tenido periodos de mejoría? *Si*
 Si es así, señala cuándo y a qué crees que se debieron esas mejorías *debido a las terapias me enseñaron a como eran que lo ganaba, p. am. gl. también... el punto... fuerzas... de voluntad... que... la... paratirole... y lo que me ayudaba por un momento...*

¿Has tenido periodos de empeoramiento? *no lo uso pero regreso en ocasiones, pero no impone.*
 Si es así, señala cuándo y qué crees que influyó en que empeorasas.....

.....
.....
.....
.....

En la actualidad ¿cuáles son las sensaciones que te producen más miedo? *Cuando aparecen los mareos o dificultad para respirar por el escape de aire no sale y demora en controlarse*

¿Qué es lo peor que piensas que puede ocurrirte en los momentos en que notas las sensaciones que te dan miedo? *Desmayarme... perder el control... o desmayarme... una vez es al tomar la sensación y no lo pade es físicamente*

Cuando las notas ¿utilizas alguna estrategia para reducirlas?. Si es así, señala cuál: distraerte, hacer respiración diafragmática lenta, hablarte a ti mismo para tranquilizarte y darte ánimos, relajarte, tomar medicación; otras (señala cualquier cosa que hagas para intentar reducir la ansiedad) *distraerte... relajarse... respirar los pulmones... escuchar música...*

¿Cuáles de estas estrategias te resultan más útiles para reducirla? *relajarse los músculos... tomar de hablar con alguien para relajarse*

Indica el número aproximado de crisis que has experimentado durante el último mes.....

Entre grandes y pequeñas no las he contado pero creo que son al rededor de 7 aproximadamente pequeñas

IDB - II

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

Subtotal Pag. 1:
Subtotal Pag. 2:
Puntaje Total:

No: 000143

10/05/16

Normal

Nombre: Mario Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____
Evaluado por: _____ C.P.P.: _____ Fax: _____

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Falta de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Auto-Desprecio

- Me siento igual que siempre acerca de mí persona.
1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
3 No me gusta quien soy.

8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.
2 Quisiera matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- No lloro más de lo que solía llorar.
1 Lloro más de lo que solía llorar.
2 Lloro por cualquier cosa.
3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

Continúa al Reverso

Subtotal Pag. 1

11. Agitación

- No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
 - 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy más interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
 - 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
 - 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
 - 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
 - 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- No siento que soy inservible
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
 - 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
 - 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 - 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- a Duermo algo más que de costumbre.
 b Duermo algo menos que de costumbre.

- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
2b Duermo mucho menos que de costumbre.

- 3a Duermo todo el día.
3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
 - 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
 - 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
- 3a No tengo nada de apetito.
3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
 - 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
 - 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
 - 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
 - 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- Reciente: antes no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
 - 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
 - 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.

A Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

B Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

C Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail: psichometrika@hotmail.com

psichometrika

Apartado 167 Lima 14 Cel: 909-5707

Subtotal Pag. 2

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

STAI

A/E
A/R

PD = 30 + 6 - 28 = 8
PD = 21 + 18 - 18 = 21

Ego
No ego

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres Maria Edad Sexo

Centro curso / puesto Estado civil

Otros Datos Fecha 10/05/16

A - E INSTRUCCIONES

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

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

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

A - R

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

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

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a la paciente en fase de evaluación una clara explicación de la naturaleza de este trabajo de investigación, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por la alumna MIRANDA CAYCHO LUCERO LISSETTE de la Universidad SAN MARTIN DE PORRES, La meta de este estudio es conocer: su forma de pensar, sentir, actuar y como el tratamiento que se llevara a cabo logra la mejoraría de la paciente.

Si usted accede a participar en este estudio de caso único, se le pedirá responder test psicológicos, registros y preguntas estructuradas y semi estructuras que se llevaran a cabo durante este proceso. Esto tomará aproximadamente de 3 a 4 sesiones de evaluación y 21 sesiones de tratamiento que duran 45 minutos una vez a la semana.

La participación es este estudio de caso único es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la misma en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la evaluación o tratamiento le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puedo contactar al correo: luceromiranda2622@gmail.com.

Desde ya le agradezco por su participación.

FIRMA DEL ALUMNO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por..... He sido informado de que la meta de este estudio es conocer el.....

Me han indicado también que tendré que responder test psicológicos, registros y preguntas estructuradas y semi estructuras que se llevaran a cabo durante este proceso. Esto tomará aproximadamente de 3 a 4 sesiones de evaluación y 21 sesiones de tratamiento que duran 45 minutos una vez a la semana.

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido.

Paciente

Firma del Paciente

Fecha

ANEXOS DEL TRATAMIENTO

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

B. Sandfán y P. Chorot (1997)

Nombre Manca San Blas Edad 27 Sexo: Hombre Mujer

La crisis de angustia no es un estado general de ansiedad o nerviosismo que todos experimentamos en ciertos momentos o situaciones, como por ejemplo las preocupaciones por el trabajo o los estudios, o la ansiedad normal ante un examen, etc. Una **crisis de angustia** es una experiencia de **molestia o miedo** que surge de forma repentina junto a sensaciones especiales como **dificultad para respirar, taquicardia, opresión en el pecho, palpitaciones, temblores, sudoración, mareos**, y otras reacciones semejantes.

Las crisis de angustia suelen ser más frecuentes en unas personas que en otras, y también en unas personas se manifiestan de forma más intensa que en otras. Así por ejemplo, mientras que en unos casos la crisis de angustia puede estar acompañada de muchos síntomas como los indicados, e incluso de intenso miedo o terror, en otros casos las personas sólo experimentan la sensación repentina de **molestia** y únicamente **uno o dos síntomas** como los indicados.

1. ¿Cuántas crisis de angustia recuerda haber tenido en su vida?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más

En el caso de que no haya tenido nunca ninguna crisis de angustia, pase a la pregunta n° 30 y continúe

2. Por favor, indique con qué intensidad suele experimentar cada uno de los siguientes síntomas durante sus crisis de angustia (marque el 0 si no ha experimentado el síntoma):

	Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima
1. Miedo	0	1	2	<u>3</u>	4
2. Molestia o malestar	0	1	2	<u>3</u>	4
3. Latidos fuertes o rápidos del corazón	0	1	2	<u>3</u>	4
4. Sudores	0	1	<u>2</u>	3	4
5. Temblores o sacudidas de brazos o piernas	0	<u>1</u>	2	3	4
6. Sensaciones de falta de aire, ahogo o asfixia	0	1	2	<u>3</u>	4
7. Sensación de atragantarse	0	<u>1</u>	2	3	4
8. Dolor o molestias en el pecho	0	1	2	<u>3</u>	4
9. Sensación de vómitos o malestar en estómago ...	0	1	2	<u>3</u>	4
10. Vértigos, mareos o sensación de inestabilidad..	0	1	2	3	<u>4</u>
11. Sensación de irrealidad o de estar en un sueño ...	0	1	2	3	4
12. Miedo a perder el control	0	<u>1</u>	2	3	4
13. Miedo a volverse loco/a	<u>0</u>	1	2	3	4
14. Miedo a morir	0	1	<u>2</u>	3	4
15. Hormigueo o adormecimiento en cara, manos o pies	0	1	<u>2</u>	3	4
16. Escalofríos o sofocaciones (reacciones de frío o calor)	0	1	2	<u>3</u>	4
17. Sensaciones de desmayo	0	1	2	3	<u>4</u>

Questionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

3. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera crisis de angustia? 26 Años 06 Meses

4. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido durante el último año?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más

5. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido durante el último mes?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más

6. ¿Cuánto tiempo hace que tuvo su última crisis de angustia? 04 Años 07 Meses ___ Días

7. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido de forma inesperada, sin sospecharlo?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna

8. ¿Cuántas crisis le han ocurrido sólo en algunos sitios o ante situaciones que le dan miedo?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna

9. ¿Qué gravedad cree que tienen sus crisis de angustia?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna

10. Cuando tiene las primeras señales de que va a comenzar una posible crisis de angustia (p.ej., alguna sensación, algún pensamiento, un lugar donde se encuentre, etc.), ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para evitar tener la crisis? (rodee el nº que corresponda):
 Nada Poco Bastante Mucho Totalmente

11. Cuando ya está experimentando los síntomas de la crisis, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis y lograr que finalice? (rodee el nº que corresponda):
 Nada Poco Bastante Mucho Totalmente

12. ¿Cómo ha tratado de controlar o cómo ha reaccionado a sus crisis? ¿Indique qué ha hecho habitualmente?

- 1º Respiración abdominal profunda 4º escuchar música
 2º tratar de manejar mis pensamientos 5º salir del lugar donde estoy para relajarme
 3º relajar mis músculos 6º _____

13. ¿Hay alguna cosa que le de miedo o le moleste justo antes de que empiecen las crisis (por ejemplo, algo que haya donde usted se encuentre, algo que ocurra en su cuerpo, algo que piense, etc.)? Sí No

Si ha marcado el Sí, por favor indique qué son esas cosas (escriba primero las más importantes):

- 1º la postura en la q. trabajo 4º _____
 2º El estrés laboral. 5º _____
 3º monotonía, cues. 6º _____

14. ¿Qué ocurrió cuando tuvo la primera crisis de angustia?
- ¿Dónde estaba y qué hacía? *en el trabajo - cantidad de seguros / liquidando FVAs.*
 - ¿A qué tenía miedo o qué le preocupaba?
 - ¿Cómo empezó? *palpitaciones y me podía respirar, además cansa el brazo por tener miedo*
 - ¿Cómo reaccionó, qué hizo? *solo tenía miedo + me desesperaba cada vez mas.*
15. ¿Alguna vez ha tenido crisis de angustia en otros lugares o situaciones? Sí No
- Si ha marcado el Sí, por favor indique en qué situaciones (primero los sitios donde más veces le haya ocurrido):
- edificio en la pirgorra.*
 - Casa - al dormir.*
 - En el trabajo.*
 - al salir a la calle*
 - al estar en lugares muy pequeños*
 - en lugares con mucha gente*
en lugares altos - al subir escaleras en el trabajo
16. Cuando tiene una crisis en alguno de los lugares que ha indicado, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis sin tener que escapar de esa situación?
- Nada Poco Bastante Mucho Totalmente
17. Cuando tiene una crisis de angustia, ¿cuánto tiempo suele pasar desde que empieza a notar los primeros síntomas hasta que la crisis alcanza la máxima fuerza?
- Sólo unos pocos minutos (entre 0 y 10 minutos).
 - Entre 10 minutos y media hora.
 - De media hora a una hora.
 - Varias horas.
18. Durante el tiempo que experimenta las crisis de angustia, ¿qué suele pensar o creer que ocurrirá? (rodee el número que corresponda):

	pocas varias casi				
	nunca	veces	veces	siempre	siempre
1. Que tendrá un ataque al corazón	0	1	2	3	4
2. Que se desmayará	0	1	2	3	4
3. Que la gente se fijará en usted	0	1	2	3	4
4. Que su mente no funciona bien	0	1	2	3	4
5. Que no podrá respirar y se asfixiará	0	1	2	3	4
6. Que podrá dañarse	0	1	2	3	4
7. Que será una situación embarazosa	0	1	2	3	4
8. Que no podrá pensar o razonar	0	1	2	3	4
9. Que le ocurrirá algo malo en la cabeza	0	1	2	3	4
10. Que está gravemente enfermo/a	0	1	2	3	4
11. Que llamará la atención o hará el ridículo	0	1	2	3	4
12. Que se bloqueará mentalmente	0	1	2	3	4
13. Que necesitará ayuda	0	1	2	3	4
14. Que no podrá controlarse	0	1	2	3	4
15. Indique otros pensamientos que haya tenido:	0	1	2	3	4
_____	0	1	2	3	4
_____	0	1	2	3	4

Questionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

19. Cuando tiene estos pensamientos que ha señalado, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis de angustia? (rodee el nº que corresponda):
- Nada Poco Bastante Mucho Totalmente
20. ¿Cuántas de sus crisis de angustia han empezado repentinamente y en poco tiempo (primeros 10 minutos) ya experimenta las sensaciones más fuertes?
- Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna
21. ¿Cuánto tiempo duran aproximadamente sus crisis de angustia (desde que empiezan los síntomas hasta que desaparecen)?
- a. Sólo unos minutos (entre 0 y 10 minutos).
b. Entre 10 minutos y media hora.
c. De media hora a una hora.
d. Varias horas.
-
22. ¿Se siente preocupado/a porque pueda volver a tener nuevas crisis? Sí No
- 1) Por favor, indique cuánto teme o le preocupa volver a tener nuevas crisis:
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
- 2) ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta preocupación o temor? ___ Años ___ Meses ___ Días
23. ¿Se siente preocupado/a por cosas que pudieran ocurrirle debido a las crisis (como, por ejemplo, tener un infarto, no poder controlarse, volverse loco/a, etc.)? Sí No
- 1) Por favor, indique cuánto teme o le preocupa que pueda ocurrirle algo a causa de las crisis:
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
- 2) ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta preocupación o temor? ___ Años ___ Meses ___ Días
24. ¿Se han producido cambios importantes en su vida a consecuencia de las crisis (por ejemplo, dejar de hacer cosas que antes hacía, no poder ir a algunos lugares, etc.)? Sí No
- 1) ¿Por favor, indique hasta qué punto las crisis de angustia han alterado su vida?
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
- 2) ¿Cuánto tiempo hace que le ocurre esto? ___ Años ___ Meses ___ Días
-
25. ¿En general, cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *actividades laborales*? (p.ej., faltando al trabajo, no atendiendo algunas responsabilidades laborales, rindiendo menos en el trabajo, etc.):
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
26. ¿Cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *relaciones sociales*? (p.ej., no salir con amigos, no asistir a reuniones o fiestas, dejar de ver a algunas personas, etc.):
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

27. ¿Cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *relaciones familiares*? (p.ej., no pudiendo atender algunas responsabilidades familiares, creando nuevos problemas en la familia, etc.):

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

28. Por favor, señale hasta qué punto suele evitar las siguientes actividades por temor a experimentar síntomas de angustia. Conteste a cada actividad rodeando el nº que corresponda entre el 0 y el 4:

	0	1	2	3	4
No lo evito nunca	Sólo lo evito algunas veces	Lo evito bastantes veces	Lo evito casi siempre	Lo evito siempre	
1. Hacer deporte.....	0	1	2	3	4
2. Subir escaleras	0	1	2	3	4
3. Tomar café	0	1	2	3	4
4. Tomar una sauna	0	1	2	3	4
5. Ver ciertas películas	0	1	2	3	4
6. Bailar	0	1	2	3	4
7. Hacer gimnasia	0	1	2	3	4
8. Discutir	0	1	2	3	4
9. Ducharse con las puertas y ventanas cerradas ...	0	1	2	3	4
10. Tener relaciones sexuales	0	1	2	3	4
11. Salir de excursión	0	1	2	3	4
12. Asistir a eventos deportivos (fútbol, etc.)	0	1	2	3	4
13. Ponerse de pie bruscamente	0	1	2	3	4
14. Sitios calientes y poco ventilados (coche, habitación)	0	1	2	3	4
15. Pasear cuando hace mucho frío o calor	0	1	2	3	4
16. Tomar bebidas estimulantes (coca-cola, chocolate, etc.)	0	1	2	3	4
17. Tomar comidas fuertes o pesadas	0	1	2	3	4
18. Indique otras actividades que usted haya evitado:					
<u>Caminar mucho.</u>	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4

29. Señale hasta qué punto ha interferido en su vida el evitar o dejar de hacer estas cosas cotidianas, alterando sus relaciones familiares, su trabajo, sus relaciones sociales, o su bienestar personal:

- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

30. Algunas personas sienten ansiedad o miedo a algunos lugares concretos, por temor a tener allí alguna crisis de angustia o por miedo a encontrarse mal o experimentar allí síntomas semejantes a los de la angustia (por ejemplo, desmayarse, diarrea, vómitos, dolor de cabeza, etc.). ¿Le ocurre esto a usted? Sí No

Por favor, conteste de la siguiente forma en relación con las situaciones o lugares que se indican a continuación:

- 1) Primero indique cuánto miedo o ansiedad siente en cada situación cuando no está acompañado.
- 2) A continuación indique cuánto suele evitar cada una de las situaciones.

Conteste escribiendo siempre un nº entre el 0 y el 4, según la siguiente valoración:

0 = Nada 1 = Poco 2 = Bastante 3 = Mucho 4 = Muchísimo

	Miedo o ansiedad que siente	Cuánto suele evitarlo
1. Los hospitales	1	1
2. Los centros comerciales.....	4	3
3. Las tiendas o los comercios pequeños	2	2
4. Los cines o los teatros.....	2	2
5. Los restaurantes o las cafeterías	3	1
6. Los museos.....	0	0
7. Los garajes	0	0
8. Los estadios de fútbol o recintos similares.....		
9. Los auditorios (de música, de conferencias, etc.)	3	2
10. Las iglesias	3	2
11. Viajar en metro.....	2	3
12. Pasar por un puente.....	3	1
13. Los ascensores	2	1
14. Viajar en avión	2	2
15. Tomar el autobús	3	2
16. Viajar en tren o en autocar		
17. Conducir o viajar en coche.....		
18. Estar solo/a en casa.....	1	1
19. Los lugares altos (rascacielos, torres, etc.).....	3	2
20. Los sitios cerrados (túneles, etc.).....	4	4
21. Las calles o las plazas.....	2	1
22. Estar lejos de casa	3	2
23. Hacer cola (p.ej., en un centro comercial).....	4	3
24. Estar entre mucha gente (fiestas, reuniones, etc.)	4	4
25. Indique otros sitios en los que se haya sentido mal:		

31. ¿Cuánto tiempo hace que teme o evita estos sitios? ___ Años ___ Meses ___ Días

32. Por el hecho de evitar o sentirse mal en estos sitios:

1) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *actividades laborales*? (p.ej., faltando al trabajo, no pudiendo atender algunas responsabilidades laborales, rindiendo menos en el trabajo, etc.):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

2) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *relaciones sociales*? (p.ej., viéndose menos con los amigos):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

3) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *relaciones familiares*? (p.ej., apareciendo nuevos problemas en casa o con la pareja, no pudiendo ir a ciertos sitios con la familia, etc.):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

33. ¿Están sus padres separados o divorciados?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

34. ¿Es Ud. soltero/a, casado/a o divorciado/a?

Soltero

Casado ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

Divorciado/separado ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

35. ¿Alguno de sus familiares próximos ha muerto recientemente?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

36. ¿Ha cambiado últimamente de trabajo?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

37. ¿Recientemente ha estado gravemente enfermo/a?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? 1 Años 1 Meses

¿Qué enfermedad tuvo? Arritmia Cardíaca.

38. ¿Ha estado gravemente enfermo algún familiar?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

¿Qué enfermedad tuvo? Diabetes Mellitus y insuficiencia renal, etc.

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

39. Por favor indique cualquier otro suceso estresante importante que haya vivido (p.ej., pérdida del trabajo, accidente, robo, separación, violencia familiar, maltrato durante la infancia, etc.):

Suceso	Ocurrió hace (indique años y/o meses)
Robo	1 Años ___ Meses
Terminar una relación	1 Años 10 Meses
Deudas	1 Años ___ Meses
Distanciamiento de amigos y familiares	2 Años ___ Meses
.....	___ Años ___ Meses

40. ¿Alguno de sus familiares ha sufrido crisis de angustia? (si no tiene padre, madre, etc., marque en "no aplicable").

	Sí	No	No aplicable
Madre	—	—	—
Padre	—	—	—
Hermano(s)	—	—	—
Hermana(s)	—	—	—

REGISTRO DE SITUACIÓN-PENSAMIENTO-EMOCIÓN-CONDUCTA

NOMBRE: *Maria* FECHA: *13/10/2015*

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN REACCIONES FÍSICAS	CONDUCTA
07/12/2015	1. Describe el acontecimiento o suceso que motiva la emoción desagradable. 2. El recuerdo o la corriente de pensamientos que la provoca. <i>Cuando estoy caminando en la calle</i>	1. Anota los pensamientos que preceden a la emoción y también las imágenes o recuerdos que le pasan por la cabeza. 2. Evalúa el grado de creencia de esos pensamientos de 0 a 100. <i>• Siento mi corazón latir más rápido seguro Tendre una crisis?</i> <i>• Si siento un molestar en mi cuerpo, me undra una crisis?</i> <i>• "No saber que hacer si estoy sola"</i> <i>• "Nadie me ayudara"</i>	1. Especifica si le sientes ansioso/a, triste, enfadado/a, deprimido/a etcétera. 2. Evalúa la intensidad de la emoción de 0 a 10. 3. Describe las reacciones físicas. <i>• Miedo (9/10)</i> <i>• Ansiedad (8/10)</i>	¿Qué hago ante esta situación? Duración: tiempo que dura el proceso. CONSECUENCIAS ¿Qué pasa después? <i>• Dej de realizar actividades que me gustan, como bailar.</i> <i>• estoy el pendiente como puse, para ver si mi corazón se acelera o no.</i>

REGISTRO DE SITUACIÓN-PENSAMIENTO-EMOCIÓN-CONDUCTA

NOMBRE: FECHA: 27/10/15

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN REACCIONES FÍSICAS	CONDUCTA
08/12/15	1. Describe el acontecimiento o suceso que motivó la emoción desagradable. 2. El recuerdo o la corriente de pensamientos que la provocó. • Cuando estoy en el trabajo y siento mucha presión.	1. Anota los pensamientos que preceden a la emoción y también las imágenes o recuerdos que te pasan por la cabeza. 2. Evalúa el grado de creencia de esos pensamientos de 0 a 100. • Tengo miedo a perder el control de mi misma. • Tengo miedo pero no se a que. • Porque me pasa esta a mi.	1. Especifica si te sientes ansioso/a, triste, enfadado/a, deprimido/a etcétera. 2. Evalúa la intensidad de la emoción de 0 a 10. 3. Describe tus reacciones físicas. • Miedo (8/10) • Ansiedad (7/10) • Mareos • Sudoración en • Hiperventilación. • Taqueo cardíaco.	¿Qué hago ante esta situación? Duración: tiempo que dura el proceso. CONSECUENCIAS ¿Qué pasa después? • Tengo miedo estar sola. • No puedo dormir bien. • Temor o que tengo otra crisis en el trabajo. • Temor o que mis amigos me miran raro.
08/12/15	• Cuando estoy a punto de dormir. (la crisis me dura 2 minutos)			

ANEXO: N°03

Cuadro 58. Hoja de autoregistro multimodal para emplear en la evaluación de las habilidades sociales

Nombre: Yavia Período: _____

Hora y día en que ocurrió	Situación	Evaluación de la ansiedad (1-10)	Pensamientos	Conducta social manifiesta	Respuesta de los demás	Satisfacción con el resultado (1-10). Lo que te gustaría haber hecho
X	Ver venir peluche en mi casa	3	que falta el dinero	tratar de relajarme.	—	4 relajarme más rápido
	en el trabajo trabajando	2-3	mucho, viendo cosas	tratar de respirar y relajarme	no lo digo	no sentir tanta angustia, miedo 3-4
	Cuando en casa	2-3	mucho de cosas Adormesísimo	Relajarme totalmente en casa	algo sin decir	3-4. trato de concentrarme en algo más.
	en el patio tomando algo de un día	3-4	mucho más tranquilo	relajarme sin moverme por suerte y parte de alguna	mi mamá se dio cuenta no ayudó a calmarme.	4. tratar de concentrarme en cosas y decir de todo lo que se me viene a la mente
	en el trabajo en la tarde	2-3	mucho. visiones de la persona	salir a caminar respirar, estar más tranquilo	no lo comento	4. muy buena pudo contactar lo que me gustaría pero no se presento por preocuparme

HOJA DE AUTORREGISTRO

Nombre: Horio Semana: _____

Días

<i>Clases de conducta</i>	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Iniciar conversaciones							
Mantener conversaciones	X						
Hablar en público							X
Hacer cumplidos	X						
Aceptar cumplidos	X			X			
Pedir favores							
Rechazar peticiones							
Defender los derechos							
Expresión de afecto				X			X
Expresión de opiniones		X					
Expresión de desagrado							
Afrontamiento de críticas							

Artículo diario "El Clarín"

**MIS ATAQUES DE PÁNICO ESCONDEN EL MIEDO A LA
INCERTIDUMBRE**

Una fuerza invisible que ahoga. Así describe la autora el inicio de este trastorno de ansiedad que se suele confundir con un problema cardíaco. Con tratamiento, ha logrado reducirlo sensiblemente pero puede volver cuando menos lo esperas.

Dicen que justo antes de que se desencadene un terremoto, los árboles se tensan y se estiran, como si la savia que los recorre fuese, de pronto, cemento endurecido. Mi cuerpo me dice que es cierto, que eso pasa, aunque nunca haya podido comprobarlo en las plantas. Lo se porque he tenido mis propios terremotos privados, y se llaman ataques de pánico.

El primer aviso de que el pánico esta por atacarme es parecido a la quietud de esos árboles: un brevísimo estado de ingravidez y suspensión, en el que todo a mi alrededor se reacomoda como si estuviese por presenciar algo muy importante y muy inminente. El segundo aviso es el brillo que adquiere el entorno: los muebles, las personas, las lámparas, las plantas parecen lijadas, pulidas, bruñidas y pasadas por un convertidor a súper HD.

Después ya no hay más avisos: el eje que coordina mi mundo se desvía y llega el desastre: mi corazón ya no es mi corazón, sino una granada que late a todo volumen y a la que acaban de quitarle el seguro. Mis manos son las de un fantasma: no las siento, me hormigean, me son ajenas. Una fuerza invisible

aprieta mi garganta: respiro hasta el fondo para abarcar todo el oxígeno del mundo, pero se queda atorado a medio camino. No entiendo lo que nadie dice porque las voces acoplan, se enciman; me mareo, siento frío, y tengo la certeza absoluta de que me voy a morir o peor, de que ya nunca más podré salir de ese estado de terror.

La última vez que pasé por algo así fue hace unos meses, mientras miraba un capítulo crucial y enteramente bélico de Game of Thrones. Me dije: el capítulo está tan bien hecho y yo tan comprometida con la causa de los buenos y los justos que la adrenalina me ha tomado a mí también. Tengo botas de piel, un arma, un objetivo y peleo por mi vida. Eso quiero creer, pero lo cierto es que nadie me amenaza ni me persigue a espada: estoy en un departamento de Núñez ante un televisor y un café que se entibia.

Pido que pongan pausa. “¿Qué tenés?”, me preguntan. “Pánico”, contesto. “Son actores”, me aclaran. “¡¿NO ME DIGAN?!”, ladro. “Mejor seguimos otro día”, me proponen. “No, ya pasa, déjenme un rato”.

Me incorporo, respiro, me estiro y pienso. Lo que acontece en mi cabeza es una verdadera batalla de ideas: una me dice que esto es un ataque de pánico, que los síntomas físicos son exactamente los mismos de otros pánicos que me llevaron a mil guardias, a mil médicos, a terapia y, finalmente, a publicar un libro entero sobre el tema. La voz repasa uno a uno esos síntomas: el corazón desquiciado, la

insensibilidad en las manos, la opresión en la garganta que me impide respirar con normalidad y ni hablar de darle un trago al café.

También repasa mis síntomas existenciales: el miedo a morir, el furioso horror, la idea pavorosa de quedar en ese estado para siempre, y la impotencia de saber que nadie que no haya pasado por lo mismo puede entenderme. Esa voz es racional y me habla con mucha paciencia: “a ver, respirá despacio, muy bien, ya va a pasar, si te asustás es peor, tranquila, es solo un ataque de pánico”.

La segunda voz, en cambio, se parece a la de un locutor radial de fútbol: es hiperactiva, escupe al hablar, e intenta por todos los medios callar a la voz sosegada. Dice: “no es un ataque de pánico, ¿por qué va a darte uno ahora si hace tanto que no te pasa? ¿Eh? Te estás infartando, así que ponte en guardia o te vas a morir, ¿me escuchás? Te vas a morir. O es un ACV, o una embolia, a la guardia, ya”. La lucha dura poco y gana la voz sosegada. Me lavo la cara, digo que estoy bien y volvemos a ver Game of Thrones.

Pero no estoy tan bien. ¿Por qué tuve un ataque de pánico si yo creía haber cerrado el tema para siempre? Resulta que para siempre es un tiempo muy largo. Y, finalmente, pasar de tener un ataque día por medio a tener uno cada cinco años, debería alegrarme y tendría que sentirme orgullosa de haber podido controlarlo sin salir disparada a una sala de emergencias. Después de todo, cuando terminé la terapia que me ayudó a sacar al pánico de mi vida cotidiana, nadie me dio un

certificado que dijera: “Garantizamos que esta persona no va a atravesar ese momento de mierda nunca más en la vida”.

La verdad es que me encantaría tener ese certificado. Porque en mi experiencia, creo que el disparador del pánico ha sido siempre mi intolerancia a la incertidumbre. Le pido garantías a un mundo que no las da; que de hecho las da cada vez menos.

Mi primer ataque de pánico fue en abril de 2007 y no debió haberme tomado por sorpresa. Los meses previos me había convertido en “un imán que atrae toda la ansiedad”, como dice la canción de Cerati. La ansiedad es, brevemente, un mecanismo de defensa ante situaciones percibidas como amenazantes, que involucra un complejo entramado de glándulas, hormonas y neuronas y es antiguo como la vida misma. Sin ansiedad, no habríamos sobrevivido como especie, porque gracias a ella el cuerpo se pone en una suerte de estado automático que nos permite identificar los peligros y en consecuencia luchar, escapar y evitarlos.

Todos necesitamos una porción decente de ansiedad si queremos ser humanos equilibrados, y una porción importante de ansiedad si nos enfrentamos a un peligro real.

En mi caso, los peligros a los que me enfrentaba eran imaginarios en un 95 por ciento. La ansiedad se transformó en un terrorista que iba conmigo y que me convenció de que algo andaba muy mal con mi salud. Tenía infinidad de síntomas

físicos difíciles de describir; un malestar constante que no podía localizar porque a la vez me dolía todo y no me dolía nada y además me amargaba mucho y cosas que antes no me abrumaban comenzaron a abrumarme, como los bocinazos, las muchedumbres y los supermercados.

Esa fue la época de mi olimpiada médica. Vi a todos los especialistas posibles: traumatólogo (por el dolor de espalda), oculista (tal vez me dolía la cabeza porque necesitaba anteojos), clínico (análisis completos), otro clínico (no confié en el clínico anterior), alergista (tenía una rinitis insoportable que apareció de repente), cardiólogo (nada más hermoso que ver un electrocardiograma en el que todo está bien), otro cardiólogo (no confié en el cardiólogo anterior). Como la medicina alopática no hacía nada por mí, fui a un osteópata (del que huí cuando me dijo que “debía” llorar durante la sesión), y finalmente a un homeópata, que está en mi top 5 de personas no gratas, por lo caro de su tratamiento y, especialmente, por lo inútil.

Y así vivía yo hasta que el pánico estalló mientras cubría la Feria del Libro de Buenos Aires para este diario. No casualmente durante la noche gratis, en la que entran a La Rural hordas interminables de enardecidos. No solo fue un infierno, sino las puertas del infierno, porque a partir de entonces tuve ataques de pánico una, dos, tres veces por semana. A veces malos, a veces muy malos. Y cuando no los tenía, no podía dejar de pensar en ellos. La constante de mis ataques era estar convencida del infarto inminente, o de condiciones sobre las que no existe registro

alguno en la historia de la medicina, en las que algo iba a explotar en mi pecho (como en la película Alien) o en mi cerebro (como en la película Scanners).

Tuve mucha suerte porque dos meses después me recomendaron un psiquiatra; lo primero que me dijo fue que también tenía ataques de pánico. Tal vez fue una mentira piadosa, pero lagrime de alivio: no estaba sola, ni loca, ni tan enferma. Me hizo unos tests, me dio un ansiolítico “para pasar el vendaval”, y me recomendó una psicóloga cognitiva. Volví a casa con una caja de clonazepam y a la media hora de haber tomado un comprimido, el terrorista se fue. Parecía un acto de magia. ¿Dónde está, dónde se escondió? Si esto lo arregla una pastilla, ¿la ansiedad es pura química? ¿Una insurrección neuronal?

Pero el pánico no se arregla con pastillas. Se arregla con esfuerzo. Lo primero que logró mi psicóloga fue que le perdiera el miedo a los síntomas, es decir, que entendiera que un ataque de pánico no mata; que es un estado de alerta para el que el cuerpo está preparado. Lo que lo hace tan insufrible es que durante esos trances no hay nada frente a uno que amenace la supervivencia, pero el cuerpo reacciona como si así fuese, y al no tener contra quién luchar ni a qué atribuirlo, uno se queda enredado en el terror. Aunque estuve con esa terapeuta más de dos años (y la adoraré para siempre), a los seis meses de empezar las sesiones el pánico desapareció. Había recuperado mi vida. No una vida completamente libre de ansiedades, pero había vuelto a ser solo mía; no de aquel terrorista.

¿Por qué tuve –y a veces tengo– pánico? Nunca lo voy a saber del todo. Cada escuela psicológica tiene su interpretación; también hay razones neurológicas y hereditarias (por caso, mi abuelo tuvo pánico), y yo podría hacer mil especulaciones. La conclusión es que estas crisis son “multicausales” y que no reconocen sexo ni extracción social. Por eso suele enojarme que el asunto se mediatice cuando a algún famoso le pasa. Me exaspera que esa difusión atolondrada y enfocada en “la celebridad” lleve a pensar que el pánico es cosa de “gente de la tele”, o de gente con muy buen pasar, o con tiempo libre, o de pusilánimes. El pánico vendría a ser, en esos términos, una condición frívola. Ese discurso asume también que los pobres tienen problemas más urgentes, y por eso nunca pasan por cosas así. No es cierto, pero como sociedad resulta tranquilizador concebir a los pobres como sub-hombres ocupados en su supervivencia, y a la psicología como un bien suntuario y burgués que ellos no necesitan.

Circula en Facebook un meme bastante mal diseñado con el que me identifiqué. Dice: “el depresivo vive en el pasado, el ansioso en el futuro”. Soy una especialista en el futuro, pero no en cualquier futuro: tengo un talento enorme para las distorcionar; mi imaginación derrocha creatividad para armar los peores escenarios. George Orwell me envidiaría si no fuera porque él es un clásico de la literatura y yo sólo una ansiosa a la que avergüenzan bastante sus conjeturas apocalípticas. Cada día, con mayor o menor éxito, trabajo para que esto deje de ser así; para aplacar de a poco mi intolerancia a la incertidumbre. Hacerlo sin llevar al terrorista del pánico a todas partes es, para mí, algo parecido a un triunfo.