

Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN VARÓN ADULTO
CON TRASTORNO DE PÁNICO**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Terapia Cognitivo Conductual

AUTORA

Reyes Pérez, Vilma Valentina

ASESOR

Roca Paucarpoma, Favio Javier

JURADO

PINTO HERRERA, FLORITA.

MENDOZA HUAMAN, VICENTE.

VASQUEZ VEGA, EDA JEANETTE.

Lima-Perú

2020

Dedicatoria

A mi Dios por darme la fortaleza para concretar mis metas y a mi amado esposo por su apoyo incondicional, así como a mis hijas por ser mi aliciente en mis logros personales como profesionales.

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por guiar mis pasos y colocar en mi vida personas de mucha bendición como mi asesor el Dr. Favio Roca, quien con su apoyo y motivación constante me permitió culminar uno de mis más grandes anhelos.

En segundo lugar, quiero agradecer a mis padres, que, aunque ya no están presentes fueron lo más importante en mi formación no solo académica, sino personal. Inculcándome valores y principios que me han servido de cimientos para tomar decisiones más acertadas.

En tercer lugar, a mi esposo Ricardo y a mis hijas Roció Milagros y Lorena por sus aportes y contención para culminar mi trabajo académico. Así como a mi hermana Mónica Reyes, quien me brindó sus sabios consejos para seguir adelante en mi desarrollo personal.

Por último, mi agradecimiento a mi amiga Adela Roca por su gran apoyo, orientación y asesoría en el proceso de ejecución de mi trabajo académico.

Índice

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Antecedentes	25
- Estudios Internacionales	25
- Estudios Nacionales	27
1.3 Objetivos	36
Objetivo general	36
Objetivo específico	36
1.4 Justificación	37
1.5 Impactos esperados del proyecto	37
II. Metodología	39
Tipo de Investigación	39
Informe psicológico	39
Intervención psicológica	49
III. Resultados	66
IV. Conclusiones	73

V. Recomendaciones	74
VI. Referencias	75
VII. Anexos	79

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Presencia de problemas de Adaptación, Aprendizaje y Conducta en el colegio</i>	18
Tabla 2 <i>Análisis cognitivo</i>	22
Tabla 3 <i>Diagnóstico funcional</i>	24
Tabla 4 <i>Resultados del cuestionario de Personalidad de Eysenck</i>	40
Tabla 5 <i>Resultados del Test de Pensamientos Automáticos</i>	44
Tabla 6 <i>Registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Línea base A</i>	49
Tabla 7 <i>Registro de la intensidad de la ansiedad – Línea base A</i>	51
Tabla 8 <i>Procedimiento de la técnica de la Terapia Racional Emotiva Conductual</i>	53
Tabla 9 <i>Registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Fase A y B</i>	66
Tabla 10 <i>Registro del promedio de intensidad de ansiedad – Fase A y B</i>	68
Tabla 11 <i>Registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Fase ABA</i>	69
Tabla 12 <i>Registro del promedio de la intensidad de la ansiedad – Fase ABA</i>	71

índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Línea base A	50
<i>Figura 2.</i> Comparativo de registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Fase A y B.	67
<i>Figura 3.</i> Comparativo de registro del promedio de intensidad de ansiedad – Fase A y B	.68
<i>Figura 4.</i> Comparativo de registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Fase ABA	71
<i>Figura 5.</i> Comparativo de registro del promedio de la intensidad de la ansiedad – Fase ABA	72

Resumen

En el presente trabajo académico se expone la aplicación de un tratamiento cognitivo – conductual en un varón de 25 años que presenta trastorno de pánico. Se describe el procedimiento en cada una de las fases de la intervención, así como los resultados obtenidos. La evaluación y abordaje realizado está diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Los instrumentos empleados para la recolección de datos son: la entrevista psicológica y los registros conductuales. Asimismo, se utilizaron técnicas como la psicoeducación, biblioterapia, videoterapia, Terapia Racional Emotiva Conductual, Role Playing, respiración diafragmática lenta, autoinstrucciones y reforzamiento positivo. Los resultados de la intervención, mostraron un cambio favorable en comparación a la línea base; es decir, la eliminación y reestructuración de las creencias pensamientos desadaptativos, disminuyendo la sintomatología de la ansiedad a los niveles esperados y las conductas problemas. Además, la intervención desarrollada impacta positivamente en el ámbito personal, familiar, laboral y académico del evaluado.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, trastorno de pánico, adulto

Abstract

In the present academic work the application of a cognitive - behavioral treatment in a 25 year old male who presents panic disorder is exposed. The procedure is described in each phase of the intervention, as well as the results obtained. The evaluation and approach performed is designed under the ABA multi-conditional single case experimental model. The instruments used for data collection are: the psychological interview and behavioral records. Likewise, techniques such as psychoeducation, bibliotherapy, video therapy, Rational Behavioral Emotional Therapy, Role Playing, slow diaphragmatic breathing, self-instruction and positive reinforcement were used. The results of the intervention showed a favorable change compared to the baseline; that is, the elimination and restructuring of maladaptive thoughts beliefs, decreasing the symptoms of anxiety to expected levels and problem behaviors. In addition, the intervention developed positively impacts your personal, family, work and academic field of the evaluated.

Keywords: cognitive behavioral therapy, panic disorder, adult

I. Introducción

Como bien es sabido, la ansiedad es una emoción universal y cumple una función adaptativa, ya que nos alerta y prepara ante la presencia de cualquier estímulo o situación peligrosa. En otras palabras, nos activa a nivel psicológico, fisiológico y conductual para brindar una respuesta y solución con el fin de la supervivencia.

No obstante, dicha respuesta puede llegar a ser disfuncional e interferir de forma negativa en la vida cotidiana de la persona, incapacitándola ante situaciones donde dicha reacción resulta excesiva e incontrolable. Por lo general, su intensidad es alta y su duración larga, conllevando a somatizaciones y disminuyendo el rendimiento del individuo a causa del malestar y el constante estado de alerta que le genera. Esto último puede traducirse en la sensación del organismo de complicaciones a nivel coronario y/o respiratorio (Miranda, 2018).

Del mismo modo, de acuerdo con los manuales diagnósticos, existen diferentes tipos de trastornos relacionados con la ansiedad. Por ello, en el presente estudio de caso se expone el de un hombre adulto con trastorno de pánico.

Asimismo, en el capítulo I, desarrollo la historia psicológica y el análisis funcional y cognitivo, así como el diagnóstico funcional.

En el capítulo II, señalo los instrumentos aplicados para el informe psicológico integrado, la línea base y se describe el procedimiento de la aplicación de las técnicas.

En el capítulo III, explico los resultados del trabajo académico.

En el capítulo IV, realizo las conclusiones de la intervención aplicada

En el capítulo V, indico las recomendaciones para el seguimiento del paciente.

1.1. Descripción del problema

El presente estudio de caso, trata sobre un varón de 25 años de edad, quien reside en Lima Metropolitana. En la actualidad, el evaluado presenta respuestas de pánico, las cuales se manifiestan con ahogos, temblor de manos y piernas, taquicardia, sudoración, náuseas, sequedad bucal, ansiedad, miedo y preocupación. Los mismos que se muestran ante diferentes situaciones y ámbitos como: en el trabajo, en el instituto, al escuchar los problemas de sus amigas, al recordar episodios difíciles como la enfermedad de un familiar, etc. De igual manera, presenta pensamientos catastróficos como: *“me voy a morir”, “me va dar un paro cardiaco” “nadie me va ayudar”, “¡Qué vergüenza! me voy a desmayar”, “si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”, “no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”, “seguro ya me tocará a mí”, “la peor muerte es la causada por el cáncer”, “seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, reprobaré el curso”, “nunca me voy a graduar”.*

Hoy en día, Víctor estudia diseño publicitario en un instituto, va cursando el último año académico. Asimismo, labora en un call center, donde le han dado facilidad en los horarios para que estos no interfieran con sus estudios.

Víctor convivió dentro de una familia nuclear, sin un estilo de crianza establecido por ambos padres. A partir de la separación de sus progenitores, Víctor vive con su madre y hermano mellizo, con quienes lleva una adecuada relación, donde prevalece la comunicación, confianza y armonía. Distinto ocurre respecto a la relación que lleva con su padre, manteniéndose ciertamente alejado y con escasa interacción.

El evaluado acudió a consulta debido a que, durante los últimos meses, ha comenzado a incrementar la frecuencia de sus ataques de pánico, siendo recurrentes

especialmente en situaciones relacionados a su entorno laboral. Por ejemplo, cada vez que recuerda la consigna de la empresa de tener que llegar a una meta para poder mantenerse en el puesto de trabajo, donde ello le genera pensamientos catastróficos relacionado a su despido.

No obstante, estos episodios no solo se han dado en ámbitos laborales, sino también en académicos. Por ejemplo, cuando cree que su profesor va a tomar un examen sin haber avisado.

Es importante mencionar, que los ataques de pánico, no tienen causa evidente, por lo que suelen darse en diferentes contextos de la vida diaria, dificultando el adecuado desenvolvimiento de la persona que lo sufre.

Datos de Filiación

Nombres y Apellidos	Víctor J. O.
Edad	25 años
Fecha de Nac.	27/06/1994.
Grado de instrucción	Técnico – Instituto
Carrera	Diseño publicitario
Fecha de entrevistas	octubre de 2018 a febrero del 2019
Lugar de entrevista	Servicio de Psicología del C. S. Unidad Vecinal N° 3
Terapeuta	Lic. Vilma Reyes Pérez

Motivo de Consulta

El paciente llega a consulta refiriendo: *“no sé qué hacer, siento que me falta el aire, el corazón me late muy rápido, siento que me asfixio y que no puedo respirar. Asimismo, experimento ahogos y sensaciones de que me voy a desmayar. Este problema lo presento hace años, sin embargo, desde hace dos meses que estos estados son más seguidos. Se presenta no solo en mi casa, también en mi trabajo y en cualquier lugar”*.

Problema actual

Presentación actual del problema

Cada vez que Víctor amanece y se dirige a su centro de labores, donde se desempeña como Call center, comienza a experimentar falta el aire, taquicardia, ahogos, temblándole las piernas y manos, hormigueos en los brazos, vinagrera y sequedad bucal; a la vez que experimenta cólera (9/10), tristeza (9/10), miedo (9/10) y ansiedad (10/10), debido a que recuerda la consigna de la Empresa *“para mantenerse en esta empresa deben hacer más de 30 llamadas al día con compromiso de pago”*, a la vez que piensa *“si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”*, *“no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”*. Durante las horas de trabajo se siente ansioso por lograr dicha meta, fuera del trabajo se siente culpable de no haberlo alcanzado y preocupado de no lograrlo al día siguiente. Por ello, en los últimos tres meses se han incrementado sus respuestas de pánico a todos los días que va al trabajo, el cual se manifiesta con falta el aire, taquicardia, ahogos, temblor de piernas y manos, hormigueos en los brazos, vinagrera y sequedad bucal, a la vez que piensa *“me voy a morir”*, *“me va dar un paro cardiaco”* *“nadie me va ayudar”* experimentado altos niveles de ansiedad y miedo, por aproximadamente 20 minutos.

Víctor manifiesta que hay ocasiones en que ve a su jefa entrar y sentarse frente a la mesa donde él se encuentra almorzando e inmediatamente piensa *“no he culminado de*

hacer las llamadas”, *“tengo que cumplir con ella o me botarán”*. , experimentando ahogo, ansiedad (10/10), palpitaciones, mareo; pensando *“me siento mal, me voy a morir”*, Motivándolo a irse a su cubículo de trabajo donde se intensifican los síntomas; siendo llevado, por sus compañeros, de emergencia al hospital Sabogal de Essalud, donde le hicieron un electrocardiograma, un hemograma, un análisis de orina. Dando por descartado que se trate de un problema físico. Estas situaciones sucedían tres veces a la semana, aproximadamente.

Hace 6 meses, el evaluado recibió una llamada donde le comunicaron que su tía tenía cáncer en los ganglios, por lo que, inmediatamente pensó *“otro familiar que se va a morir con cáncer”*, *“seguro ya me tocará a mí”*, *“la peor muerte es la causada por el cáncer”*. Experimentando miedo (9/10), desesperación (10/10) y ansiedad (10/10), además de síntomas como taquicardia, temblor de manos y piernas y sensación de ahogo. A partir de esa fecha, estos episodios han ido incrementándose al menos tres veces a la semana, con una duración de diez minutos, aproximadamente.

Con frecuencia, las amigas de Víctor, suelen llamarlo para conversar y comentarle acerca de sus problemas, como decepciones amorosas o problemas familiares. Él normalmente suele aconsejarlas, pero a la vez siente tristeza (9/10), pensando *“siempre me piden consejos”*, *“ya no sé qué más decirles”*, *“me desesperan con sus problemas”*, por lo que, experimenta tensión, temblor de manos, incremento de su frecuencia cardíaca, sensación de ahogo y sequedad bucal. Además de miedo (9/10) y ansiedad (10/10). Motivándolo a cortar inmediatamente la llamada debido a que no tolera estas crisis. Este síntoma lo experimenta alrededor de 15 minutos aproximadamente, asimismo, ello suele darse cada vez que sus amigas lo llaman, es decir, de dos a tres veces por semana.

Cada vez que Víctor acude a sus clases en el instituto, suele experimentar sensaciones de ahogo, náuseas y temblor de piernas y manos, a la vez sintiéndose ansioso (10/10). Esto, debido a que recuerda que su profesor suele tomar exámenes, sin previamente haber avisado. Al mismo tiempo que piensa *“seguramente hoy va a tomar examen”*, *“cada vez que no repaso sucede eso”*, *“reprobaré el curso”*, *“nunca me voy a graduar”*. Por lo que, durante la clase se siente muy ansioso y preocupado, generando que no logre prestar atención y concentrarse en lo que el profesor explica. Por ello, en el último semestre se han incrementado las respuestas de pánico, el cual consiste en sensaciones de ahogo, náuseas, temblor de piernas y manos y ansiedad (10/10) a la vez que piensa *“me voy a morir”*, *“¡Qué vergüenza! me voy a desmayar”*, por aproximadamente 10 minutos.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 8 años, encontrándose en casa, sus tíos conversaban durante la noche, historias sobre duendes y enfermedades de sus parientes. Por lo que, Víctor empezó a sentir miedo (8/10), preocupación (9/10). Paralelamente, en aquella época, se enteró que una de sus tías estaba enferma de cáncer, escuchado en reiteradas ocasiones lamentos y quejidos de sus dolencias. Viendo, también la preocupación de sus familiares, días antes de su fallecimiento. Pronto empezó a sentir ansiedad (9/10), miedo (9/10), tensión y falta de aire, ante sus propios resfríos y dolores corporales, pensaba que podía pasarle lo mismo que a su tía. Su madre al verlo así lo llevó al médico y le recetaron psicósoma por un mes. A partir de esa edad, él refiere que ha sido un niño ansioso.

A los 9 años, comenzó a tener crisis ansiógenas, experimentando, además, mucho miedo y confusión, porque se da cuenta que siente atracción por personas de su mismo sexo, por lo que, incrementa su tensión muscular, ganas de llorar e irritabilidad.

A los 12 años cuando se encontraba comprando figuritas con su papá, sin causa alguna empezó a sentir náuseas, palpitaciones, falta de aire, ansiedad (10/10). Por lo que, junto a su papá buscaron un baño, sin embargo, al no poder arrojar y calmar la sensación de náuseas, comenzó a desesperarse.

A los 14 años, en la secundaria (3ro.), fue testigo de cómo un compañero de clase sufrió una crisis epiléptica. Ante esto, Víctor comenzó a experimentar ahogos, temblor en las piernas, náuseas, dolor de estómago, miedo (8/10), ansiedad (10/10) y tristeza (7/10); pensando *“se puede morir”*, *“y si me da eso cuando no hay nadie, me puedo morir”*. Asimismo, cada vez que recordaba tal situación, el evaluado, volvía a experimentar tales síntomas.

A los 18 años, la madre decide separarse de su padre por motivos de su alcoholismo y la falta de responsabilidad con las obligaciones económicas. Esta situación motivo a que Víctor experimentará por un poco más de una semana crisis de ansiedad, miedo, tristeza y preocupación.

A los 19 años, se dio cuenta que tenía unos bultos detrás de las orejas, por lo que, sintió miedo (9/10), ansiedad (9/10), palpitaciones, boca seca, temblor de manos, pensando inmediatamente *“tengo cáncer, ya que tengo herencia de familiares que han fallecido de cáncer”*. Esto motivó a que fuese al médico, realizándose los análisis respectivos y siendo diagnosticado de ganglios inflamados.

A los 25 años, el evaluado se da cuenta que los síntomas de mareos, sensación de ahogo, temblor de manos y piernas, incremento de la frecuencia del ritmo cardiaco, ansiedad y miedo, se han vuelto más recurrentes, sobre todo cuando se encuentra en su centro de labores. Esto al sentirse presionado por su jefa para que haga más llamadas telefónicas.

Historia Personal

Desarrollo inicial:

El evaluado refiere que el embarazo de su madre no fue planificado, además, la gestación tuvo ciertas complicaciones, debido a que se concibieron mellizos, motivando a la madre a guardar reposo, asimismo, refiere que esta se encontraba un tanto depresiva, porque tenía problemas con su papá debido a la falta de dinero. El parto fue por cesárea.

Respecto a su desarrollo psicomotor, el evaluado estuvo dentro de los parámetros normales. Asimismo, el control de sus esfínteres se dio alrededor de los 2 años y el desarrollo de lenguaje fue adecuado, por lo que, no hubo necesidad de requerir algún tipo de terapia.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

Víctor fue un niño juguetón y miedoso. Lloraba cada vez que no le daban lo que quería. En ocasiones, solía orinarse en la cama hasta los 7 años, aproximadamente. La madre manifiesta que, jugaba y peleaba con su hermano mellizo, asimismo, ambos eran muy sensibles ante las críticas y llamadas de atención de los padres. Víctor considera que, junto a su hermano, eran muy obedientes pues temían mucho el enojo de sus padres. Por otra parte, no mostraba impulsividad o agresividad, generalmente era pasivo y tolerante. Era un poco tímido y solía juntarse más con pares del sexo opuesto, hecho que le angustiaba ya que su padre lo criticaba por ello.

Actitudes de la familia frente al niño

Refiere que vivió con ambos padres hasta los 18 años, época en que se separaron. En sus primeros años, recuerda que sus tíos lo sobreprotegían y mimaban ya que lo

consideraban más tierno y obediente que su hermano mellizo.

Asimismo, su padre era muy crítico con respecto a su conducta. Sin embargo, en las decisiones del hogar, éste no intervenía, pues era despreocupado, sobre todo frente a las obligaciones económicas. La madre era cariñosa y protectora con él, por lo que el evaluado sentía extrañarla cuando ésta salía a lavar ropa, para traer el sustento económico. Debido a esto, Víctor muestra cierto resentimiento con la figura paterna, culpándolo en gran parte, de la ausencia de su madre.

Educación

Tabla 1

Presencia de problemas de Adaptación, Aprendizaje y Conducta en el colegio

Estudios	Concluyó		Presencia de problemas de			Rendimiento	
	Si	No	Adap.	Aprend.	Cond.	Bajo Prom	Alto
Inicial	X					X	
Primaria	X					X	
Secundaria	X					X	
Superior		X	X			X	

Educación Inicial

Comenzó a asistir a los 3 años, continuó a los 4 años y concluyó a la edad de 5 años, en todos ellos presentó un rendimiento académico regular.

Educación Primaria

Estudio en el Colegio Dos de Mayo en el Callao. Era un alumno regular, asimismo, se adaptó rápido e iba con su hermano mellizo al colegio. Recuerda que las profesoras le tenían mucho afecto.

Comenta que su hermano mellizo lo defendía de algunos compañeros, quienes lo molestaban a la hora del recreo, debido a ello, comenzaron a respetarlo. Durante esa época se dio cuenta que no le gustaba el fútbol, prefiriendo el atletismo.

Educación Secundaria

El evaluado refiere que, la madre volvió a matricular a ambos hermanos en el mismo colegio. Comenta haber sido más estudioso que éste, además de no haber desaprobado algún curso. Víctor señala que durante esta etapa sentía ansiedad cada vez que veía a su compañero tener una crisis epiléptica. Recuerda que, en una ocasión, su compañero convulsionó delante de él, viéndolo ponerse rígido y botando espuma por la boca. Ante esta escena, el evaluado se sintió mareado, teniendo que pedir ayuda a sus compañeros. Sin embargo, la respuesta de estos, fueron de burla “ahí va el delicadito”. Refiere que, algunas veces le decían así porque lo consideraban amanerado.

Culminó la secundaria con notas regulares, destacando en matemática y en arte.

Educación Superior

A los 23 años ingresa al Instituto Superior María Rosario Araoz Pinto, donde se encuentra estudiando Diseño Publicitario.

Historia laboral

A los 16 años empezó a trabajar en una tienda de abarrotes, luego en una vidriería, después en una fábrica de textiles, un grifo Shell, una panadería, posteriormente en la oficina de abastecimiento del Ministerio de Educación y actualmente en una oficina de call center, de la compañía Telefónica, donde tiene que realizar llamadas y afiliar personas. Asegura que en este trabajo no puede conversar con sus demás compañeros y que solo le permiten 10 minutos de refrigerio. Refiere que le desespera no poder interactuar con sus compañeros, lo que le motiva a querer dejar el trabajo, sin embargo, considera que no podría debido a las dificultades económicas y facilidades de horarios que éste le da. Cabe resaltar que en sus trabajos el tiempo máximo que ha durado ha sido de tres meses.

Historia Familiar

Datos familiares

- Madre: Juana
- Edad: 49
- Grado de Instrucción: secundaria incompleta.
- Dedicación: ama de casa
- Hermano mellizo: Juan
- Edad: 25
- Grado de Instrucción: Secundaria completa
- Dedicación: ayudante mecánico

Relaciones familiares

La relación con su padre no es la adecuada. El evaluado refiere sentir resentimiento hacia él por su irresponsabilidad y críticas que le hacía cuando era más joven, por lo que se mantienen alejados física y emocionalmente.

La relación con la madre es la adecuada, menciona que ella ha sido muy cariñosa con él, además de haber asumido el papel de madre y padre para él y sus hermanos, el cual ellos valoran mucho. Manifiesta que hay mucha confianza entre ellos.

La relación con su hermano es la adecuada, asegura que son muy buenos confidentes. Ambos se apoyan.

Antecedentes familiares

Por parte de la familia materna, el evaluado menciona que la hermana de su madre fue diagnosticada con depresión mayor, prima hermana, ansiedad social y un primo intento suicidarse.

Por parte de la familia paterna, el evaluado manifiesta que su padre es adicto al alcohol.

Análisis Cognitivo

Tabla 2

Análisis cognitivo

A	B	C
Recordar la consigna de la Empresa “para mantenerse en esta empresa deben hacer más de 30 llamadas al día con compromiso de pago”.	Pensamiento: “ <i>si salgo de acá, ¿qué voy hacer?</i> ”, “ <i>no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando</i> ”.	cólera (9/10) tristeza (9/10) miedo (9/10) ansiedad (10/10)
Respuestas de pánico en el trabajo, el cual se manifiesta con falta el aire, taquicardia, ahogos, temblor de piernas y manos, hormigueos en los brazos, vinagrera y sequedad bucal.	Pensamiento: “ <i>me voy a morir</i> ”, “ <i>me va dar un paro cardiaco</i> ” “ <i>nadie me va ayudar</i> ”	Ansiedad (9/10) Miedo (9/10)
Ver a su jefa entrar y sentarse frente a la mesa donde él se encuentra almorzando.	Pensamiento: “ <i>no he culminado de hacer las llamadas</i> ”, “ <i>tengo que cumplir con ella o me botarán</i> ”.	ansiedad (10/10) Se retira a su cubículo de trabajo.

<p>Recordar la llamada donde le comunicaron que su tía tenía cáncer en los ganglios</p>	<p>Pensamiento: <i>“otro familiar que se va a morir con cáncer”, “seguro ya me tocará a mí”, “la peor muerte es la causada por el cáncer”.</i></p>	<p>Miedo (9/10) Desesperación (10/10) Ansiedad (10/10)</p>
<p>Llamada de sus amigas contándole sus decepciones amorosas y/o problemas familiares.</p>	<p>Pensamiento: <i>“siempre me piden consejos”, “ya no sé qué más decirles”, “me desesperan con sus problemas”</i></p>	<p>Tristeza (9) Miedo (9/10) Ansiedad (10/10) Cortar inmediatamente la llamada debido a que no tolera estas crisis.</p>
<p>Acudir a sus clases en el instituto y recordar que su profesor suele tomar exámenes, sin previamente haber avisado.</p>	<p>Pensamiento: <i>“seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, “reprobaré el curso”, “nunca me voy a graduar”</i></p>	<p>Ansiedad (10/10)</p>

Respuestas de pánico durante
sus clases

Pensamiento: “*me voy a morir*”, “*¡Qué vergüenza! me voy a desmayar*”

Ansiedad (10/10)

- **Diagnóstico Funcional**

Tabla 3

Diagnóstico funcional

Exceso

Debilitamiento

Déficit

- Pensar: “*sí salgo de acá, ¿qué voy hacer?*”, “*no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando*”.

- Pensar: “*me voy a morir*”, “*me va dar un paro cardiaco*”, “*nadie me va ayudar*” .

- Pensar: “*no he culminado de hacer las llamadas*”, “*tengo que cumplir con ella o me botarán*”.

- Pensar: “*otro familiar que se va a morir con cáncer*”, “*seguro ya me tocará a mí*”, “*la peor muerte es la causada por el cáncer*”.

- Pensar: *“siempre me piden consejos”, “ya no sé qué más decirles”, “me desesperan con sus problemas”*.
 - Pensar: *“seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, “reprobaré el curso”, “nunca me voy a graduar”*.
 - Pensar: *“me voy a morir”, “¡Qué vergüenza! me voy a desmayar”*.
-

1.2 Antecedentes

Estudios internacionales

Espada, Van der Hofstadt y Galván (2007) desarrollaron el caso clínico de una mujer de 24 años quien presentaba trastorno de pánico con agorafobia con el objetivo de abordarlo terapéuticamente. Para la evaluación se usaron la entrevista, registros, el Inventario de Agorafobia, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Cuestionario de Ansiedad Estado–Rasgo y la Escala de Síntomas de Ataque de Pánico. La intervención constó de 12 sesiones a la semana con una duración de una hora, enfocándose en el afrontamiento de situaciones fóbicas jerarquizadas. Dentro de las técnicas aplicadas están la psicoeducación, exposición a estímulos interoceptivos, entrenamiento en control de la ansiedad, entrenamiento en distracción y la exposición gradual. Se discuten los resultados de la intervención, que confirman la eficacia del tratamiento.

Wood (2008) expuso el caso clínico de un varón de 20 años de edad de España con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia con el objetivo de aplicar un tratamiento

cognitivo conductual. Su intervención se basó en el modelo cognitivo del pánico de Clark (1986), empleando técnicas como la psicoeducación, el papel de los sesgos cognitivos, las anticipaciones catastrofistas y creencias irracionales acerca de las sensaciones corporales. Consistió en 12 sesiones con una duración de una hora, con una periodicidad semanal, más tres sesiones de seguimiento. Finalmente, se lograron alcanzar y mantener los objetivos planteados, como el de eliminar los ataques de pánico, disminuir los niveles de ansiedad y depresión, enfrentarse a las situaciones temidas sin sufrir ansiedad (viajar en avión o en transporte público, acudir al cine o al teatro, etc.) y retirar la medicación sin sufrir recaídas. Por ello, concluyeron que, de acuerdo con los resultados obtenidos de la evaluación pre y post tratamiento, el abordaje de estos casos bajo el enfoque cognitivo conductual fue eficaz.

García (2012) presentó el caso de una mujer de 36 años que solicitó ayuda por la presencia de crisis de angustia de España con el fin de aplicar un programa cognitivo conductual. Dicho programa constó de 43 sesiones, dos de ellas con el marido. Abordó las crisis de angustia mediante técnicas como psicoeducación, entrenamiento en respiración controlada y reestructuración cognitiva; y las preocupaciones excesivas mediante control de estímulos, reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, experimentos conductuales y exposición imaginal. Finalmente, los informes de la paciente y los cuestionarios indicaron una mejora clínicamente significativa, por lo que se demostraría que los experimentos conductuales y la exposición imaginal resultaron eficaces en el abordaje de este tipo de casos.

Nevado (2016) desarrolló el caso clínico de una mujer de veinticinco años de edad de España que sufre crisis de pánico y agorafobia con el propósito de realizar una intervención cognitivo-conductual. Para la evaluación empleó una entrevista semiestructurada, el Inventario de Agorafobia (IA) de Echeburúa y Corral (1987) y el

Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-III). Para evaluar los parámetros de frecuencia, intensidad y las situaciones de aparición de las conductas de ansiedad, escape y evitación, se solicitó a la paciente la cumplimentación de un autorregistro de situaciones ansiógenas elaborado por la autora compuesto por las columnas de situación, sensaciones físicas e intensidad, pensamientos, conducta y consecuencias. El programa de tratamiento propuesto para la paciente ha sido de carácter cognitivo-conductual a lo largo de 10 sesiones tras las dos primeras sesiones de evaluación. Durante el tratamiento, se han empleado, como principales técnicas de intervención, psicoeducación acerca del trastorno, biblioterapia y material de autoayuda, técnicas de relajación y respiración, autoexposición a estímulos generadores de ansiedad, autorregistros de situaciones ansiógenas, registros de relajación con respiración diafragmática y autorregistros de pensamientos negativos. Una vez finalizado el tratamiento y tras la constatación de la remisión de los síntomas y la solución del problema, se proponen tres sesiones de seguimiento que tendrán lugar con una frecuencia de una vez al mes, a los tres meses y una última sesión a los seis meses de la finalización de la terapia. Concluyó en base a los resultados y mantenimiento de los objetivos terapéuticos la eficacia del tratamiento.

Estudios nacionales

López (2017) presentó el caso clínico intervenido, mediante la terapia cognitivo conductual, fue de un joven universitario de 22 años de edad que padecía conductas de evitación o escape a situaciones que activaban síntomas ansiosos. Realizado el diagnóstico clínico elaboró un plan de intervención bajo el modelo cognitivo conductual consistente en 12 sesiones de intervención y dos de seguimiento que se planificaron semanalmente con una duración de 50 minutos aproximadamente para cada sesión. Finalmente, como conclusión del caso y atendiendo a los criterios diagnósticos de los Manuales de

Clasificación vigentes, se logró la superación del cuadro clínico y la eficacia y eficiencia de la terapia cognitivo conductual para trastornos ansiosos como la agorafobia.

Fernández (2018) expuso el caso de un paciente varón de 57 años, que manifestaba desde hace 22 años ataques de pánico debido a una malinterpretación catastrófica de síntomas corporales, ansiedad y miedo, sumado a ideas de muerte, locura y enfermedad. Para lograr un cambio significativo en el paciente se realizó un programa de intervención de 14 sesiones, donde se pondría como base la terapia cognitiva de Beck, a través de las siguientes técnicas: psicoeducación, de relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Al finalizar el tratamiento se realizaron tres sesiones de seguimiento espaciadas en 1 mes, 2 meses y 6 meses. En el transcurso de las sesiones se evidenció que los pensamientos asociados a la ansiedad ya no aparecían de forma habitual, a los 6 meses el paciente no mostraba ansiedad clínicamente significativa ni mantenía creencias distorsionadas frente a la ansiedad, mostrándose más estable y racional. Por lo anterior, se demostraría la eficacia del programa de tratamiento aplicado en este caso de trastorno de pánico.

Miranda (2018) presentó el caso clínico de una joven de 26 años de edad con ataques de pánico. 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 psicoterapéutico, basado 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. Para la intervención se trabajó las siguientes técnicas: psicoeducación, de relajación, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, columnas de la autoestima, solución de problemas y el entrenamiento en la comunicación asertiva. Al término de las sesiones psicoterapéuticas, se revaluó a la paciente, obteniendo como resultado una mejoría a nivel emocional y conductual. Por último, realizó 3 sesiones de seguimiento donde se retroalimentó las técnicas aplicadas durante todas las sesiones anteriores, y hasta la presentación del caso, se mantuvieron los logros terapéuticos, evidenciándose la eficacia del programa.

- **Trastorno de pánico**

Según la American Psychiatric Association (APA) (2014), y como señalamos anteriormente, los ataques de pánico vienen a ser un tipo de trastorno de ansiedad que se identifican, fundamentalmente, por la aparición imprevista y recurrente de crisis de angustia, las cuales derivan de un temor intenso e irracional a sufrir un ataque de ansiedad o pánico y a la posibilidad de no ser socorrido.

Las crisis de pánico se dan de manera repentina y logran su máxima expresión a los 10 o 15 minutos desde que se presentó, conllevando, en su gran mayoría, a un desvanecimiento completo del sujeto quien lo sufre (Botella, 2001). Asimismo, dicho trastorno resulta en conductas de seguridad que implican el evitar el estímulo fóbico y/o en la huida frente a escenarios percibidos como amenazantes (Pitti et al., 2015).

Cabe señalar que las crisis de pánico no tienen una causa precisa; no obstante, en algunos estudios se destaca la importancia de las diferencias personales en relación a las cogniciones propias acerca de los síntomas físicos de la ansiedad, en especial, las taquicardias y sensaciones de ahogo. Por otra parte, se tiene evidencia que los ataques de pánico son padecidos por aquellos sujetos cuyo sistema nervioso es lábil; es decir, más

sensibles a la ansiedad y tiende a experimentar diversas emociones con mayor intensidad que el resto (Osma, García y Botella, 2014).

Criterios diagnósticos del Trastorno de pánico. La APA, en el año 2014, en su manual DSM-V, coincide con la anterior definición mencionada por Botella (2001) acerca de los ataques de pánico imprevisto recurrentes, adicionándole que durante estas crisis se han de producir por lo menos 4 de los siguientes síntomas:

- ❖ Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
- ❖ Sudoración.
- ❖ Temblores o sacudidas.
- ❖ Dificultad para respirar o asfixia.
- ❖ Sensación de ahogo.
- ❖ Dolor o molestias en el tórax.
- ❖ Náuseas o molestias abdominales.
- ❖ Inestabilidad, mareo o desmayo.
- ❖ Escalofríos o sensación de calor.
- ❖ Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- ❖ Desrealización o despersonalización.
- ❖ Miedo a perder el control o volverse loco.
- ❖ Miedo a morir.

Igualmente, la APA (2014) menciona que la aparición súbita de estos ataques de pánico se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

Como segundo criterio, tiene en consideración que al menos uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias, como pérdida de control, tener un ataque de corazón o “volverse loco”.
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques, como comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares.

El tercer criterio es que la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

Y, por último, el cuarto criterio es que dichos ataques no se expliquen mejor por otro trastorno mental, como los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación.

Tipos de ataque de pánico. Caballo (1997) distinguió tres clases de ataques de pánico, siendo estos los espontáneos, los situacionalmente determinados y los situacionalmente predispuestos. Asimismo, describió que en los ataques de pánico espontáneos se desconocen los estímulos situacionales que lo originan, mientras que, en los ataques de pánico situacionalmente determinados, se tiene identificado el estímulo que lo desencadena (usualmente relacionado con las fobias). Por último, en aquellos ataques

situacionalmente predispuestos, se reconoce parcialmente un estímulo situacional definido como antecedente al ataque de pánico (ligado al trastorno fóbico con agorafobia).

Terapia cognitivo conductual

El modelo de intervención por aplicar en el presente estudio de caso es el cognitivo conductual, respecto a este enfoque, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan:

El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también se dirige a modificar los procesos cognitivos que están a base del comportamiento (p. 83).

Del mismo modo, este enfoque terapéutico para abordar el pánico se basa en el condicionamiento interoceptivo y las teorías cognitivas del pánico. Dentro de los tratamientos realizados por Barlow y Clark, respectivamente, se destacan los componentes de psicoeducación sobre el pánico, reestructuración cognitiva, la exposición a las sensaciones corporales interoceptivas temidas (como taquicardia, disnea, parestesia, temblor) y exposición en vivo a situaciones generadoras de ansiedad (Amodeo, 2017). Asimismo, cabe señalar que la terapia cognitiva conductual se basa en un modelo educativo de aprendizaje (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010), por lo que en estos casos se enfoca al reaprendizaje de seguridad, asociado con los temores y evitación característicos de pánico (Otto, Smits y Reese, 2004).

Técnicas cognitivas conductuales

Psicoeducación. Esta técnica implica la explicación resumida al consultante acerca de lo que padece y del modelo cognitivo a trabajar, así como los principios que se proponen respecto a la ansiedad y cómo se produce (cognición, emoción y conducta). La

psicoeducación resulta de vital importancia durante la intervención, ya que incrementa la adherencia del paciente al tratamiento, el cual es un factor crucial para el éxito terapéutico (Camacho, 2003; Clark y Beck, 2012).

Modelo ABCDE. Dentro de las técnicas a emplear, según el modelo cognitivo en que se basa la reestructuración cognitiva, se encuentra la teoría del A-B-C-D-E. Esta propuesta de Ellis puede esquematizarse de la siguiente manera (Ellis, Grieger y Marañón, 1981; véase en Pérez, Rodríguez y Vargas, 2008):

- “A” implica una situación o experiencia activadora real y objetivo que origina “B”.
- “B” se refiere a cadena de autoverbalizaciones o pensamientos apropiadas o disfuncionales acerca de “A”; es decir, el sistema de creencias con el que uno cuenta, innatamente predispuesto y aprendido, las cuales conducen a “C”.
- “C” vendría a ser la consecuencia emocional y/o conductual de la persona, el cómo reacciona ante la ocurrencia de “A”.
- “D” consiste a los esfuerzos del terapeuta para modificar y sustituir “B”, apelando a la lógica y lo racional. Aquí se discrimina críticamente los pensamientos que aparecen en “B”, entre las que son objetivamente verdaderas e irracionales.
- “E” es el resultado final de la intervención; es decir, la eliminación del pensamiento irracional, ya que ha sido sustituida por una funcional mediante el debate, teniendo como consecuencias emociones y conductas mucho más adaptativas acerca de sí mismo, los demás y el mundo

De acuerdo con Oblitas (2008), la técnica propuesta por Ellis es de índole cognitivo, y a medida que avanza el tratamiento se va considerando el elemento conductual, entre las técnicas cognoscitivas destacan las siguientes:

- El debate filosófico: método principal para reemplazar una idea irracional. Consiste en la adopción del método científico a la vida real, mediante el cual se debate la veracidad o falsedad de esos pensamientos.
- El insight racional-emotivo: tiene como fin ayudar a la persona a ver y reconocer el cómo procesa las emociones y conductas desadaptativas, para que asuma la responsabilidad, acepte, busque y reconozca el origen de sus síntomas.
- Debatir creencias irracionales: consiste en cuestionar y desafiar la validez de las creencias o hipótesis que la persona sostiene sobre sí misma, los otros y el mundo. Su finalidad es lograr un nivel de pensamiento pleno y lógico.
- Método socrático: se caracteriza por emplear una serie de preguntas sistemáticas que sirven como guía al razonamiento inductivo de cada sesión.

Ejercicios de respiración. Blanco et al. (2014) explica que las persona en un escenario que les produce ansiedad, frecuentemente, mantienen una respiración superficial, agitada y entrecortada por suspiros. Al respecto, Martínez, Inglés, Cano y García (2012), señalan que la respiración diafragmática o profunda es la más adecuada para manejar la ansiedad, debido a que moviliza tanto el pecho y el abdomen, ventilando los pulmones y lográndose una mejor oxigenación de la sangre. Asimismo, Smith (2009) añade que durante la práctica de los ejercicios de respiración se debe solicitar al paciente que se repita mentalmente frases tranquilizadoras, como "me estoy calmando", "no me va a suceder nada" y/o "ya va a pasar".

Reforzamiento Positivo. Esta técnica tiene como objetivo el incrementar conductas de baja frecuencia, establecer otras nuevas o desarrollarlas en situaciones nuevas. Su procedimiento consiste en presentar una consecuencia positiva, entendiéndose como premio o recompensa, seguidamente después de la emisión de una conducta determinada, lo cual aumentará la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro. Asimismo, una vez que se ha establecido un reforzador positivo para una conducta determinada, este puede ser empleado para fortalecer otras conductas de la misma persona en otras circunstancias. Cabe señalar que el principio del reforzamiento positivo es un componente primordial en el proceso de aprendizaje (Martin y Pear, 2008; García y Altamirano, 2015).

Autoinstrucciones con parada de pensamiento. Con el entrenamiento de autoinstrucciones se busca cambiar los pensamientos de temor por otro más adaptativos y funcionales que permitan enfrentarse con mayor eficacia en las situaciones que le generan ansiedad. Para ello, se introduce la parada de pensamiento, cuyo fin es contrarrestar las rumiaciones y pensamientos anticipatorios catastróficos que le producen respuestas conductuales de evitación o escape (Ortega y Climent, 2004).

Biblioterapia/Videoterapia. Estas técnicas se enfocan en brindarle mayor información y nuevas perspectivas al paciente sobre su situación, para ello se le recomienda o da ciertos libros para leer, y en el caso de los videoterapia, se le hace ver en consultorio o se le solicita vea en casa algunos videos o películas que traten problemas similares a los que presenta como una forma efectiva de reforzar ciertos aspectos trabajados en la intervención (Camacho, 2003).

1.3 Objetivos

Objetivo General

Al final del programa de tratamiento, se logrará reducir la frecuencia de episodios de pánico, así como la intensidad de las respuestas fisiológicas y de la ansiedad (menor o igual a 6).

Objetivos Específicos

- Reestructurar las cogniciones catastrofistas relacionados con la posibilidad de sufrir un ataque de pánico, como: *“me voy a morir”, “me va dar un paro cardiaco” “nadie me va ayudar”, “¡Qué vergüenza! me voy a desmayar”*.
- Reestructurar las cogniciones catastrofistas relacionadas con la posibilidad de perder su empleo, tales como: *“si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”, “no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”*.
- Reestructurar las cogniciones catastrofistas relacionadas con la posibilidad de sufrir de una enfermedad terminal, como: *“seguro ya me tocará a mí”, “la peor muerte es la causada por el cáncer”*.
- Expresar asertivamente a sus amigas que ya no lo llamen para contarle sus problemas.
- Reestructurar las cogniciones catastrofistas relacionadas con la posibilidad de que el profesor tome un examen de forma imprevista, como: *“seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, reprobaré el curso”, “nunca me voy a graduar”*

1.4 Justificación

El trabajo académico presentado utiliza el enfoque cognitivo conductual para intervenir en los pensamientos desadaptativos, modificar conductas inadecuadas y disminuir la sintomatología de la ansiedad. En este sentido, se pretende realizar un programa de intervención con técnicas cognitivo conductuales como: Biblioterapia, Videoterapia, Trec, role playing, respiración diafragmática, autoinstrucciones y reforzamiento positivo.

En el trastorno de pánico como bien se sabe no se limita a ninguna situación en particular, es decir, puede manifestarse dentro de diferentes ámbitos del individuo que lo padece, por lo que podemos encontrar una paralización importante en las actividades de la su vida cotidiana.

En el caso particular del evaluado, el trastorno de pánico, manifestado en recurrentes ataques de pánico ha llegado a afectar diferentes dimensiones de su vida, tales como: la dimensión individual, académica y laboral. Ante dificultades que interfieren con su actividad cotidiana, la intervención Cognitivo Conductual cobra mayor importancia, puesto que otorga resultados a corto plazo, fundamentales para la resolución de la problemática.

Asimismo, la importancia del presente trabajo de investigación radica en el aporte teórico práctico para futuras intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual. Además, de proponer una intervención eficaz para aliviar el sufrimiento de un paciente, que requiere apoyo para vivir con plenitud y bienestar.

1.5 Impactos esperados del proyecto

El presente trabajo académico tiene como finalidad principal el beneficio del paciente, esto, a través de la aplicación de un programa de tratamiento diseñado

específicamente para este caso. Esperando así, que se logre alcanzar el objetivo principal; es decir, lograr la reducción y control de la sintomatología de ansiedad, a un nivel menor o igual a un SUD de 6. Con ello, una mejora en dimensiones de su vida, tales como: la dimensión individual, de laboral, académica y social.

Del mismo modo, este trabajo, será un aporte para la comunidad científica, específicamente a los colegas psicólogos, sirviendo como base teórica y evidencia de eficacia de la intervención cognitivo conductual en casos similares.

II. Metodología

Tipo de investigación: Aplicada (Kerlinger, 1975), diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

Diseño univariable multicondicional (ABA)

Informes Psicológicos

Informe Psicológico del Cuestionario de Personalidad de Eysenck

- **Datos De Filiación**

Apellidos y Nombres	Víctor
Sexo	Varón
Edad	25 Años
Fecha De Evaluación	octubre 2018

- **Motivo De Evaluación**

Evaluación de las dimensiones de la personalidad según Eysenck.

- **Técnicas E Instrumentos Aplicados**

- La entrevista psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck (2000)

- **Resultados**

Tabla 4

Resultados del cuestionario de Personalidad de Eysenck

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión	9	50	Tendencia a la Introversión
Neuroticismo	16	100	Neuroticismo
Psicoticismo	6	50	Tendencia al ajuste Conductual
Mentiras	2	10	Prueba válida

- **Interpretación**

Con respecto a la personalidad, Víctor presenta características de personalidad con tendencia a la introversión; es decir, se muestra reservado, retraído socialmente y disfruta de su privacidad, le cuesta relacionarse con personas que desconoce, por lo general, suele realizar actividades en grupo con personas con quienes ya ha establecido un vínculo amical.

Presenta alta sensibilidad y vulnerabilidad para experimentar emociones intensas como, ansiedad, preocupación, miedo y tristeza. Ello se evidencia, cuando se siente evaluado frente a una entrevista laboral o exposición en la academia.

- **Conclusiones**

- Características de personalidad de tendencia a la introversión.
- Sensibilidad y vulnerabilidad emocional.
- Emociones intensas de ansiedad e impulsividad.
- Tendencia al ajuste de las reglas sociales y familiares.

- **Recomendaciones**

- Seguir un Programa de manejo emocional.

Vilma Reyes Pérez
C. Ps. P. 2603

Informe Psicológico del Cuestionario Multiaxial de Millon

- **Datos De Filiación**

Apellidos y Nombres:	Víctor
Sexo:	Varón
Edad:	25 Años
Fecha De Evaluación:	Octubre 2018

- **Motivo de Evaluación**

Identificar posibles trastornos psicológicos, síndromes clínicos y/o estilos de personalidad psicopatológicos.

- **Técnicas e Instrumentos Aplicados**

Cuestionario Multiaxial de Millon

- **Interpretación**

El evaluado carece en ocasiones de iniciativa para realizar actividades nuevas. Así como autonomía personal, generalmente busca amigos para que aprueben sus ideas. Hasta la fecha recibe sobre-protección de parte de la madre.

Asimismo, se muestra tenso, indeciso e inquieto, tiende a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, y náuseas. Revela un estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Además, tiene un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

- **Conclusiones**

El evaluado presenta las siguientes características de personalidad:

Dependiente

Ansiedad

- **Recomendaciones**

Terapia Cognitivo Conductual para la dependencia y ansiedad.

Vilma Reyes Pérez
C. Ps. P. 2603

Informe Psicológico del Test de Pensamientos Automáticos

- **Datos De Filiación**

Apellidos y Nombres:	Víctor
Sexo:	Varón
Edad:	25 Años
Fecha de Evaluación:	octubre 2018

- **Motivo De Evaluación**

- Identificar pensamientos automáticos .

- **Técnicas E Instrumentos Aplicados**

- La entrevista psicológica
- Test de pensamientos automáticos

- **Resultados**

Tabla 5

Resultados del Test de Pensamientos Automáticos

Pensamiento automático	Significado
- <i>Filtraje</i>	
- <i>Sobre generalización</i>	Le afecta en su vida
- <i>Interpretación e pensamiento</i>	de manera importante
- <i>Debería</i>	
- <i>Visión catastrófica</i>	

- **Interpretación**

El evaluado se ha visto afectado por un periodo extenso con sentimientos de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos, tales como *“todo me sale mal, siempre estaré así”*, que, en su mayoría han sido a consecuencia de las limitaciones que provocaba su problema. En relación a ello manifiesta *“me siento tan culpable por ser así, por la preocupación que le doy a mi mamá”*, *“otras veces, creo que el causante de esto es mi papá, por momentos lo detesto”*.

Desde la perspectiva de la comunicación le cuesta decir No, dejando en segundo lugar sus necesidades y preferencias por las de los demás. Por ejemplo, cuando sus amigas le piden que las acompañe al cine, a pesar que Víctor no le llama la atención ver una película en el cine, acepta ante la insistencia de las mismas. Evita situaciones sociales, por temor a quedar en ridículo, asumiendo que vive en función al qué dirán. Al respecto señala *“yo debería no pasar por esto, ser una persona normal, como los demás”*.

- **Conclusiones**

Presenta pensamientos automáticos tales como: Filtraje, sobregeneralización, interpretación de pensamiento, debería y visión catastrófica

- **Recomendaciones**

Reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos distorsionados que presenta.

Vilma Reyes Pérez
C. Ps. P. 2603

Informe Psicológico Integrado

- **Datos de Filiación**

Apellidos y Nombres:	Víctor
Sexo:	Varón
Edad:	25 Años
Fecha De Evaluación:	octubre 2018

- **Motivo De Evaluación**

Perfil psicológico

- **Técnicas E Instrumentos Aplicados**

- La entrevista Psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck
- Cuestionario Multiaxial de Millón
- Test de pensamientos automáticos

- **Resultados**

Con respecto a la personalidad, Víctor presenta características de personalidad con tendencia a la introversión; es decir, se muestra reservado, retraído socialmente y disfruta de su privacidad, le cuesta relacionarse con personas que desconoce, por lo general, suele realizar actividades en grupo con personas con quienes ya ha establecido un vínculo amical.

Presenta alta sensibilidad y vulnerabilidad para experimentar emociones intensas como, ansiedad, preocupación, miedo y tristeza. Ello se evidencia, cuando se siente evaluado frente a una entrevista laboral o exposición en la academia.

Por otra parte, el evaluado carece un tanto de iniciativa como de autonomía, por lo que es frecuentemente una cierta sobre-protección de parte de la madre. Asimismo, se muestra tenso, indeciso e inquieto, tiende a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, y náuseas. Revela un estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Además, tiene un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

El evaluado se ha visto afectado por un periodo extenso con sentimientos de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos, tales como *“todo me sale mal, siempre estaré así”*, que, en su mayoría han sido a consecuencia de las limitaciones que provocaba su problema. En relación a ello manifiesta *“me siento tan culpable por ser así, por la preocupación que le doy a mi mamá”*, *“otras veces, creo que el causante de esto es mi papá, por momentos lo detesto”*.

Desde la perspectiva de la comunicación le cuesta decir No, dejando en segundo lugar sus necesidades y preferencias por las de los demás. Por ejemplo, cuando sus amigas le piden que las acompañe al cine, a pesar que Víctor no le llama la atención ver una película en el cine, acepta ante la insistencia de las mismas. Evita

situaciones sociales, por temor a quedar en ridículo, asumiendo que vive en función al qué dirán. Al respecto señala “*yo debería no pasar por esto, ser una persona normal, como los demás*”.

- **Conclusiones**

- Características de personalidad de tendencia a la introversión.
- Sensibilidad y vulnerabilidad emocional.
- Emociones intensas de ansiedad e impulsividad.
- Pensamientos automáticos de:
 - Filtraje
 - Visión catastrófica
 - Sobregeneralización.
 - Interpretación de pensamiento.
 - Debería

- **Recomendaciones**

- Programa de manejo emocional
- Programa cognitivo conductual para la dependencia y para la ansiedad.
- Reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos automáticos.

Vilma Reyes Pérez
C. Ps. P. 2603

Intervención Psicológica

Este programa cognitivo conductual con un diseño ABA incluye: evaluación de entrada, intervención a través de técnicas cognitivas conductuales y una evaluación de salida.

Repertorio de entrada

Es el resultado de la evaluación de la conducta actual del paciente en términos de frecuencia e intensidad en este caso. Es el primer registro de conducta, denominado línea base.

Tabla 6

Registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Línea base A

Cogniciones	L	M	M	J	V	S	D	TOT AL
<i>C1. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de sufrir un ataque de pánico, como: “me voy a morir”, “me va dar un paro cardiaco” “nadie me va ayudar”, “¡Qué vergüenza! me voy a desmayar”.</i>	III	II	II	III	III	III	III	22
<i>C2. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de perder su empleo, tales como: “si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”, “no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”.</i>	I	I	I	II	II	I		8
<i>C3. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de sufrir de una enfermedad terminal, como: “seguro ya me tocará a mí”, “la peor muerte es la causada por el cáncer”.</i>	I					I	I	3

C4. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de que el profesor tome un examen de forma imprevista, como: “seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, reprobare el curso”, “nunca me voy a graduar”.

II II I II I II I 11

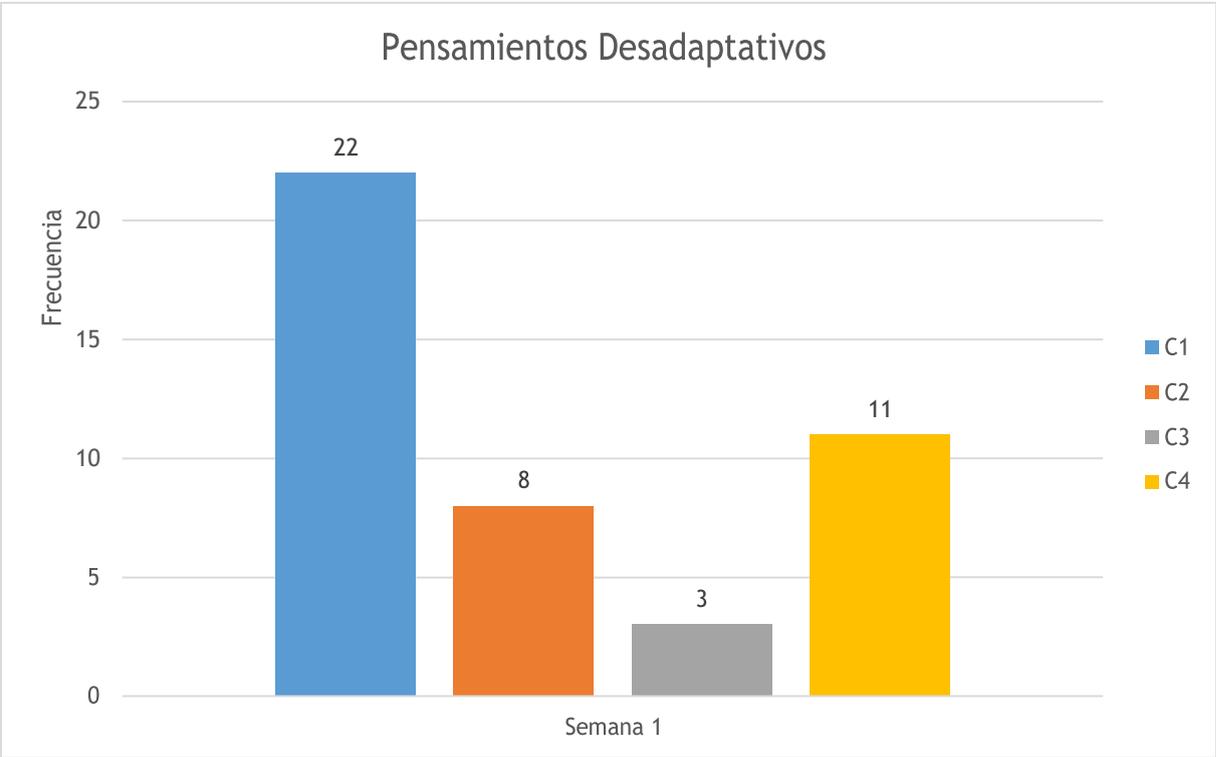


Figura 1. Registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Línea base A

Tabla 7

Registro de la intensidad de la ansiedad – Línea base A

	Situación	S.	S.	S.	S.	Promedio
	1	2	3	4	5	Semana 1
Ansiedad	10	10	10	10	10	10
(0 – 10)						

Procedimiento

Para lograr el objetivo específico, facilitar la comprensión de la emoción de ansiedad y los ataques de pánico, se trabajaron los siguientes pasos:

Paso 1: Psicoeducación

Se le explicó de manera detallada y adaptada al evaluado, tema como: ¿Qué es la ansiedad?, ¿cómo se manifiesta?, ¿Qué son las crisis de ansiedad?, ¿en qué consiste los ataques de pánico? y ¿cuándo estamos hablando de un trastorno de pánico? Seguidamente, se enmarcó el problema en el modelo cognitivo del pánico, resaltando el papel de los pensamientos catastróficos en el círculo vicioso (sensación interna – interpretación catastrófica – activación del sistema de alarma). Así como, qué es pensamiento – emoción – conducta, y su interrelación.

Asimismo, se justificó la importancia de llevar a cabo la intervención, para este caso, a través del enfoque cognitivo conductual.

Paso 2: Técnica Biblioterapia

Se dejó como actividad leer el libro “Cómo controlar la ansiedad y los ataques de pánico” de Ronna Browning. Luego en terapia, se conversaba y analizaba extractos de la lectura considerados importantes para el evaluado.

Paso 3: Técnica Videoterapia

Se dejó como actividad ver el video, a través de YouTube, al psicólogo Rafael Santandreu hablando sobre ataques de pánico. Luego en terapia, se converso acerca de ello.

Para lograr los objetivos específicos relacionados a reestructurar las cogniciones catastrofistas, se trabajaron los siguientes pasos:

Paso 4: Psicoeducación sobre TREC

Se le explicó al evaluado sobre ¿Qué es la Terapia racional emotiva conductual?, para que sirva y su importancia para el caso. Además, identificó las consecuencias que traen mantener los pensamientos catastróficos.

Paso 5: Técnica Terapia Racional Emotiva Conductual

Después de haber identificado sus creencias irracionales, se comenzó a analizar y cuestionar cada pensamiento, logrando así que lo reemplace por un pensamiento adecuado.

Tabla 8

Procedimiento de la técnica de la Terapia Racional Emotiva Conductual

A Situación	B Pensamiento	C Conducta – emoción	D Cuestionamiento	E Pensamiento alternativo
Recordar la consigna de la Empresa “para mantenerse en esta empresa deben hacer más de 30 llamadas al día con compromiso de pago”.	<i>“si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”, “no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”.</i>	cólera (9/10) tristeza (9/10) miedo (9/10) ansiedad (10/10)	1. ¿A qué te refieres con “salir de acá”? Me refiero al trabajo, a que me despidan por no cumplir con la meta. 2. ¿Qué es lo peor que pasaría si te despiden? Dejaré de percibir dinero, el cual me es necesario.	Existen varios trabajos en los que puedo tener facilidades de horarios para seguir estudiando. Por encima de todo, se encuentra mi bienestar psicológico.

3. ¿es el único lugar donde puede trabajar?

Es el único lugar donde me dan las facilidades para poder estudiar

4. Explícame...

Lo que pasa es que yo estudio en las tardes. Entro a las 2 pm. Normalmente en los trabajos la entrada es a esa hora, sin embargo, aquí me dieron a facilidad de poder comenzar a trabajar a las 4 pm.

5. Entonces... ¿me estás diciendo que ninguno de tus compañeros trabaja debido al cruce de horarios?

Tengo algunos que sí.

6. Y, ¿Dónde trabajan?

En restaurantes de comida rápida.

7. ¿lo ves? Hay empleos en los que el horario es accesible para que puedas estudiar.

Si, pero me ha dicho que es difícil entrar, toman en cuenta el desenvolvimiento.

8. Pero tú me has comentado que has trabajado en diferentes centros y desde hace años.

Pues si

9. Entonces, a diferencia que otros postulantes, tienes experiencia. ¿Por qué crees que no pasarás una entrevista laboral, si ya antes te han aceptado en distintos trabajos?

Bueno, sí.

10. Además, ¿Dónde está escrito: ¿Que no te aceptaran?

No hay.

11. Te das cuenta, hay otros posibles trabajos en los que puedes tener la facilidad del horario, y sobre todo, en el que no te sientas tan estresado y ansioso. ¿No crees que es importante considerar por encima de todo tu bienestar psicológico?

Si, tienes razón.

A	B	C	D	E
Situación	Pensamiento	Conducta – emoción	Cuestionamiento	Pensamiento alternativo
<p>Respuestas de pánico en el trabajo, el cual se manifiesta con falta el aire, taquicardia, ahogos, temblor de piernas y</p>	<p>“<i>me voy a morir</i>”, “<i>me va dar un paro cardiaco</i>” “<i>nadie me va ayudar</i>”</p>	<p>Ansiedad Miedo</p>	<p>1. Con la información que te di, las lecturas y videos que hablaban acerca de la ansiedad y ataques de pánico. Podríamos decir que, sabes cuales son los síntomas con los que se manifiesta, ¿verdad? Si.</p> <p>2. Está bien. ¿Qué más has aprendido? Bueno, que en lugar de desesperarme y pensar que me voy a morir. Debo aprender estrategias que me ayuden con este problema y así los síntomas disminuyan.</p>	<p>No tengo pruebas para pensar que me voy a morir, me va a dar un paro cardiaco. Otras personas que sufren de ataques de pánico, no les ha sucedido eso.</p> <p>No tengo pruebas para decir que nadie me</p>

manos,
hormigueos en
los brazos,
vinagrera y
sequedad
bucal.

3. Respecto a morirte o tener un paro cardiaco
¿tienes pruebas de los que dices? No

ayudaría en caso me
desmaye.

4. ¿Crees que eres la única persona que sufre estos
ataques?

No, yendo una vez al hospital, conocí a otro joven que
había sufrido de eso, pero en ese tiempo que lo vi, me
comento que ya lo estaba controlándolo.

5. Ves, ¿acaso el joven o todas las personas que
sufren de ataques de pánico, se han muerto? No.

6. Una pregunta, si ves a una persona desmayada o
con algún problema médico, ¿no la auxiliarías?

Si, de todas maneras.

7. Entonces, ¿Por qué crees que no sucedería lo mismo contigo? en caso te desmayes.

No sé, solo lo pensé. Pero me doy cuenta que al igual que yo hay otras personas que ayudan y no son indiferentes.

A Situación	B Pensamiento	C Conducta – emoción	D Cuestionamiento	E Pensamiento alternativo
<p>Recordar la llamada donde le comunicaron que su tía tenía cáncer en los ganglios</p>	<p><i>“seguro ya me tocará a mí”.</i></p>	<p>Miedo (9/10)</p> <p>Desesperación (10/10)</p> <p>Ansiedad (10/10)</p>	<p>1. ¿A qué te refieres con “ya me tocará a mí”? Pues, el hecho de tener esa enfermedad y morir a causa de ello.</p> <p>2. Y, ¿Qué tan seguro estas de eso?</p> <p>Leí que hay una probabilidad de que si he tenido familiares que han fallecido de cáncer, yo también pueda tener la enfermedad.</p> <p>3. Sí, es cierto. Estas predispuesto a tener la enfermedad. Sin embargo, también sabemos que si constantemente te chequeas, en caso que los médicos te encuentren la enfermedad, tendrías</p>	<p>No hay pruebas de que voy a morir con cáncer.</p>

una alta posibilidad de curarte.

Sí, eso también leí.

4. Entonces, ¿cuál crees que sería una adecuada medida?

Ir al médico al menos una vez al año, para despistaje.

5. Bien, además, es una posibilidad. Más no es algo que si o si tenga que suceder. ¿verdad?

Si

A Situación	B Pensamiento	C Conducta – emoción	D Cuestionamiento	E Pensamiento alternativo
Acudir a sus clases en el instituto y recordar que su profesor suele tomar exámenes, sin previamente haber avisado.	<i>“seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, reprobaré el curso”, “nunca me voy a graduar”</i>	Ansiedad (10/10)	<p>1. ¿Qué pruebas tienes para decir eso? Ninguna</p> <p>2. ¿Recuerdas que conversamos acerca de las probabilidades? Sí</p> <p>3. ¿Podríamos decir que el que tu profesor tome el examen, sea una probabilidad, más no, un hecho, verdad? Pues, sí. Pero si eso sucede, reprobaría el curso</p> <p>4. Y, ¿Qué es lo peor si eso sucede? Nunca me graduaría</p>	No tengo prueba alguna para asegurar que hoy el profesor tomará examen y que reprobaré el curso. Reprobar el curso, no asegura que nunca me pueda graduar.

5. ¿todas las personas que reprueban algún curso durante su etapa académica, no se han graduado? No

6. Te comento, yo tuve un compañero que desaprobó dos cursos, por diferentes motivos, pero al final desaprobó. En la actualidad, es uno de los pocos de la base que se tituló rápido debido a que no demoró en culminar su tesis, y además ha logrado formar una clínica psicológica. Te das cuenta, que no siempre el que nunca ha desaprobado un curso, es el mejor o el único que va a graduarse. Sí

Para lograr el objetivo específico, decirles asertivamente a sus amigas que ya no lo llamen para contarle sus problemas, se trabajaron los siguientes pasos:

Paso 6: Psicoeducación en Asertividad

Se le explicó detalladamente y con ejemplos acerca de los estilos de comunicación y la importancia de practicar el estilo asertivo. Para ello, se empleó el uso de diapositivas.

Paso 7: Técnica Role playing

Se simuló la situación de la llamada de sus amigas comentándole hacer de sus decepciones amorosas y problemas familiares, escenificando y adoptando roles, de tal manera que se haga más vivida y auténtica la situación. Para ello, se contó con la colaboración de 2 personas, quienes participaron en las diferentes escenificaciones. Lo que se logró con esta técnica fue que el evaluado pusiera en práctica la comunicación asertiva.

Para reducir los niveles de activación fisiológica, se trabajó el siguiente paso:

Paso 8: Entrenamiento en respiración diafragmática lenta

Se le enseñó y entrenó en la respiración diafragmática lenta, asimismo se le explicó que la respiración es un mecanismo fisiológico, generalmente automático e involuntario, el cual se modifica cuando estamos frente a determinadas situaciones. Es decir, cuando hacemos ejercicios o sentimos ansiedad la respiración suele ser acelerada. Por el contrario, sucede cuando nos sentimos relajados, la respiración disminuye y se vuelve más diafragmática. Por lo tanto, se vuelve importante aprender a respirar en forma diafragmática lenta, lo cual ayudaría al evaluado a relajarse y controlar la ansiedad.

Paso 9: Técnica Reforzamiento positivo

Durante la intervención se aplicó reforzamiento positivo, el cual consistirá en otorgar un refuerzo verbal (felicitaciones), especialmente cuando realizaba la conducta deseada.

Paso 10: Técnica auto instrucciones

Se elaboró un registro con los pensamientos alternativos establecidos en el cuestionamiento. Asimismo, se emplearon cartulinas de 10 cm x 5 cm para la aplicación de manera didáctica de esta técnica.

III. Resultados

Tabla 9

Registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Fase A y B

Cogniciones	Línea Base (A)	Línea de Tratamiento (B)	
	Total Semana 1	Total Semana 8	Total Semana 15
C1. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de sufrir un ataque de pánico, como: <i>“me voy a morir”, “me va dar un paro cardiaco” “nadie me va ayudar”, “¡Qué vergüenza! me voy a desmayar”</i> .	22	10	6
C2. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de perder su empleo, tales como: <i>“si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”, “no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”</i> .	8	3	1

C3. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de sufrir de una enfermedad terminal, como: “seguro ya me tocará a mí”, “la peor muerte es la causada por el cáncer”.

3 1 0

C4. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de que el profesor tome un examen de forma imprevista, como:

“seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, reprobaré el curso”, “nunca me voy a graduar”.

11 8 2

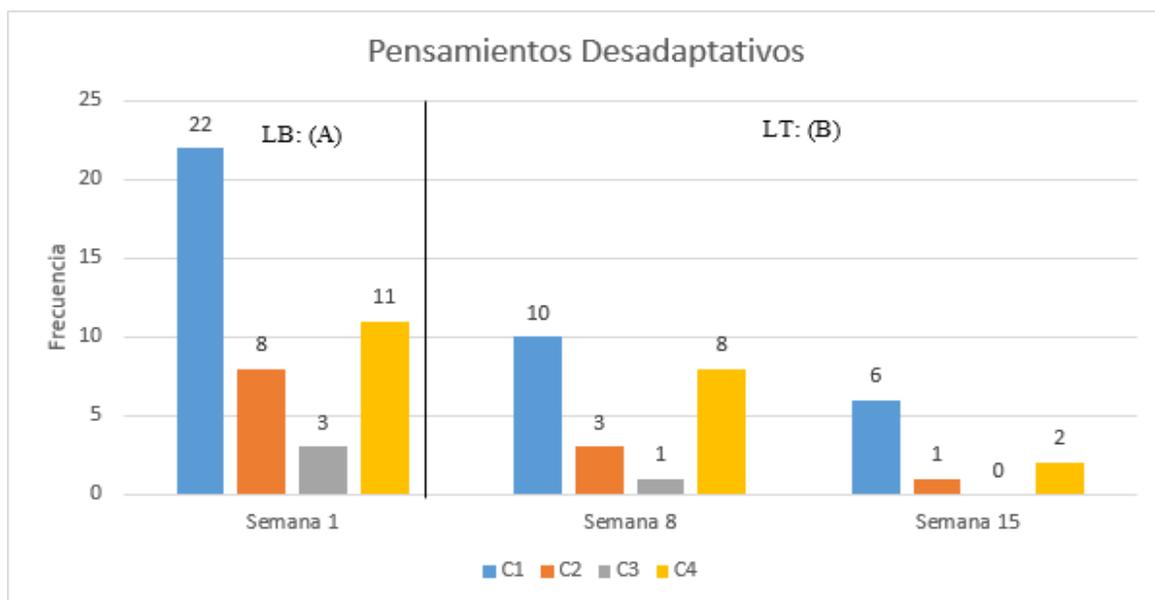


Figura 2. Comparativo de registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Fase A y B.

Tabla 10

Registro del promedio de intensidad de ansiedad – Fase A y B

	Línea Base (A)		Línea de Tratamiento (B)	
	Promedio		Promedio	Promedio
	Semana 1		Semana 8	Semana 15
Ansiedad (0 – 10)	10		8	5

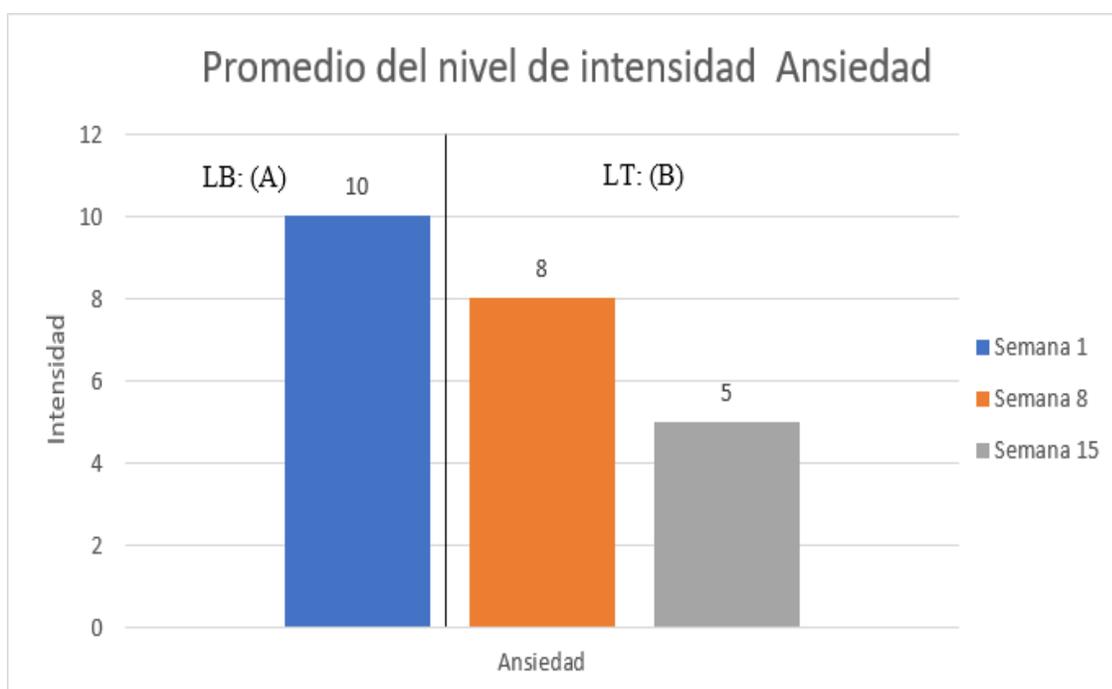


Figura 3. Comparativo de registro del promedio de intensidad de ansiedad – Fase A y B.

Tabla 11

Registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos – Fase ABA

	Línea de base	Línea de tratamiento	Línea de seguimiento	
Cogniciones	Total Semana 1	Total Semana 8	Total Semana 15	
C1. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de sufrir un ataque de pánico, como: <i>“me voy a morir”, “me va dar un paro cardiaco” “nadie me va ayudar”, “¡Qué vergüenza! me voy a desmayar”.</i>	22	10	6	4
C2. Cogniciones catastrofistas ante la posibilidad de perder su empleo, tales como: <i>“si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”, “no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”.</i>	8	3	1	1

C3. Cogniciones catastrofistas ante

la posibilidad de sufrir de una

enfermedad terminal, como:

“seguro ya me tocará a mí”, “la
peor muerte es la causada por el
cáncer”.

3	1	0	0
---	---	---	---

C4. Cogniciones catastrofistas ante

la posibilidad de que el profesor

tome un examen de forma

imprevista, como: “seguramente

hoy va a tomar examen”, “cada vez
que no repaso sucede eso”,
reprobaré el curso”, “nunca me
voy a graduar”.

11	8	2	1
----	---	---	---

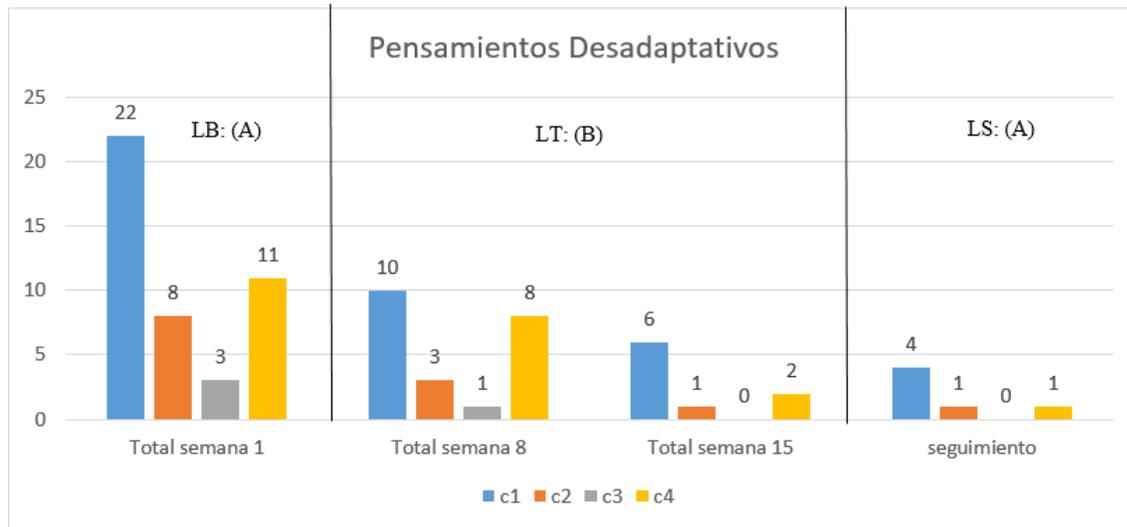


Figura 4. Comparativo de registro de frecuencia de los pensamientos desadaptativos –

Fase ABA

Tabla 12

Registro del promedio de la intensidad de la ansiedad – Fase ABA

	Línea base	Línea de tratamiento		Línea de Seguimiento
	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio
	Semana 1	Semana 8	Semana 15	Seguimiento
Ansiedad (0 – 10)	10	8	5	5

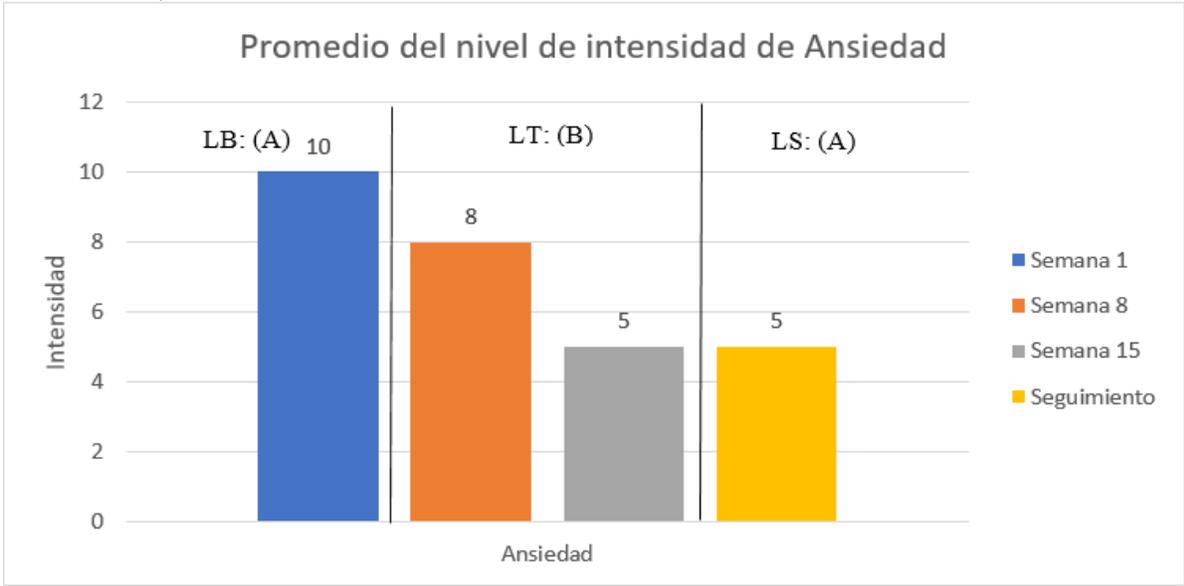


Figura 5. Comparativo de registro del promedio de la intensidad de la ansiedad – Fase

ABA

IV. Conclusiones

- Se ha logrado que el evaluado reestructure las cogniciones catastrofistas relacionados con la posibilidad de sufrir un ataque de pánico, como: *“me voy a morir”, “me va dar un paro cardiaco” “nadie me va a ayudar”*.
- El evaluado ha conseguido reestructurar las cogniciones catastrofistas relacionadas con la posibilidad de perder su empleo, tales como: *“si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”, “no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”*.
- Se ha alcanzado que el evaluado reestructure las cogniciones catastrofistas relacionadas con la posibilidad de sufrir de una enfermedad terminal, como: *“seguro ya me tocará a mí”, “la peor muerte es la causada por el cáncer”*.
- El evaluado ha aprendido a comunicarse de manera asertiva, logrando decirle a sus amigas que ya no lo llamen para contarle sus problemas.
- Se ha conseguido que el evaluado reestructure las cogniciones catastrofistas relacionadas con la posibilidad de que el profesor tome un examen de forma imprevista, como: *“seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, reprobaré el curso”, “nunca me voy a graduar”*.

V. Recomendaciones

- Realizar el seguimiento respectivo, al menos cada 45 días.
- Continuar practicando la respiración diafragmática lenta.
- Continuar practicando la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).
- Continuar con las auto instrucciones.
- Realizar actividades de recreación y deportes

VI. Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Amodeo, S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización. *Katharsis*, (23), 177-188. doi: <http://dx.doi.org/10.25057/25005731.870>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Blanco, C., Estupiñá, F., Labrador, F.J.; Fernández, I., Bernaldo de Quirós, M. y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30(2), 403-411 Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16731188003.pdf>
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Síntesis.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.

- Espada, J.; Van der Hofstadt, C. y Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 217-232.
- Fernández, B. (2018). *Estudio de caso clínico: terapia cognitiva en un trastorno de pánico* (Tesis de Pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3529>
- García, S. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.
- García, M. y Altamirano, N. (2015). *Modificación Conductual en niños y niñas de una entidad de acogimiento institucional*. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.
- López, S. R. (2017). *Estudio de caso clínico: Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico* (Tesis de Pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2948>
- Martínez, M. C., Inglés, C., Cano, A y García, M. C. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18 (2-3), 201- 219.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla*. Madrid, España: Pearson Educación S.A. Recuperado de

http://cafasi.com/cafasi.com/archivos/Almacenamiento_Storage/modificacion_de_conducta_-_martin,_pear_8edi.pdf

Miranda, L. L. (2018). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de trastorno de pánico* (Tesis de Pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3940>

Nevado, C. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno de pánico y agorafobia. En Grupo Editor RCA (ED.) *Manual de casos clínicos. I y II concurso de casos clínicos de fisioterapia, psicología, TCAE y terapia ocupacional* (pp. 182-200). Alcalá la Jaén, España: Editorial Formación Alcalá.

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México D.F., México: CENGAGE Learning. Recuperado de http://www.academia.edu/23513486/Psicoterapias_Contemporaneas_Oblitas.

Ortega, J. A. y Climent, A. M. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2), 177-214. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617822004>

Osma, J.J., García, A. y Botella, C. (2014). Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anales de Psicología*, 30(2), 381-394.

Otto, M., Smits, J. y Reese, H. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders. *Journal Clinical of Psychiatry*, 65(5), 34-41. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078117>

- Pérez, A.; Rodríguez, A. y Vargas, M. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, 16 (2), 341- 348.
- Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/240613860_Albert_Ellis_1913-2007_pionero_de_los_modelos_mediacionales_de_intervencion.
- Pitti, C.T., Peñate, W., de la Fuente, J., Bethencourt, J.M., Roca, M.J., Acosta, L., Vilaverde, M.L. y Gracia, R. (2015). El uso combinado de la exposición a realidad virtual en el tratamiento de la agorafobia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4), 133-141
- Ruiz, A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Browser.
- Smith, J.C. (2009). *Entrenamiento ABC en relajación: Una guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao, España: Desencleé de Brower.
- Wood, C. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y estrés*, 14(2-3),239-251.

VIII. ANEXOS

LISTA DE CHEQUEO COGNITIVO - CONDUCTUAL

NOMBRE:.....

EDAD:.....

FECHA:.....

N°	CONDUCTA	SI	NO
1	Pensar frente a la posibilidad de sufrir un ataque de pánico: <i>“me voy a morir”, “me va dar un paro cardiaco” “nadie me va ayudar”, “¡Qué vergüenza! me voy a desmayar”.</i>	X	
2	Pensar frente a la posibilidad de perder su empleo: <i>“si salgo de acá, ¿qué voy hacer?”, “no encontraré otro trabajo con facilidades de horario para seguir estudiando”.</i>	X	
3	Pensar frente a la posibilidad de sufrir de una enfermedad terminal: <i>“seguro ya me tocará a mí”, “la peor muerte es la causada por el cáncer”.</i>	X	
4	Responder con pasividad a las llamadas de sus amigas.	X	
5	Pensar frente a la posibilidad de que el profesor tome examen de forma imprevista: <i>“seguramente hoy va a tomar examen”, “cada vez que no repaso sucede eso”, reprobaré el curso”, “nunca me voy a graduar”</i>	X	

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PEN DE EYSENCK

Nº	ITEM
1	¿Es Ud. más distante y reservado que la mayoría de la gente?
2	¿Encuentra difícil iniciar actividades algunas mañanas?
3	¿La mayoría de las cosas le da lo mismo a Ud.?
4	¿Si Ud. dice que hará algo, siempre mantiene su promesa, sin importar que tan inconveniente pudiera ser hacerlo
5	¿Le divierte ir a fiestas?
6	¿Puede usualmente ordenar sus ideas?
7	¿Es divertido hacer dalo a la gente?
8	¿A veces Ud. pierde la calma y se molesta?
9	¿Haría Ud. casi cualquier cosa por un desafío?
10	¿Alguna vez ha tenido miedo de perder la razón?
11	¿Goza Ud. generalmente de buena salud?
12	¿Ocasionalmente Ud. Tiene pensamiento que preferiría que otras personas no los conozcan?
13	Le es divertido cazar, pescar o practicar tiro?
14	¿Muchas veces sueña despierto?
15	¿Fue o es su madre una buena mujer?
16	¿Todos sus hábitos son buenos y deseables?
17	¿Casi siempre tiene una respuesta rápida cuando la gente le habla
18	¿Le es difícil mantener la atención en lo que está haciendo?
19	¿Considera Ud. que tiene más problemas que la mayoría de la gente?
20	¿Algunas veces chismosea?
21	¿Es Ud. mosca?
22	¿A veces esta Ud. sin ganas de comer?
23	¿Le preocupa mucho adquirir alguna enfermedad?
24	¿Declararía siempre todos sus impuestos, aun si supiera que no pueda ser descubierto?
25	¿Le gusta mucho el bullicio y excitación a su alrededor?
26	¿A menudo se siente saciado?
27	¿Le gusta mezclarse con la gente?
28	¿Ha tenido mucha mala suerte?
29	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?
30	¿Se siente deprimido por las mañanas?
31	¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?
32	¿De toda la gente que conoces hay alguien que definitivamente a Ud. no le gusta?
33	¿Se considera una persona de buena suerte?
34	¿Cambia su estado de ánimo frecuentemente?
35	¿Permite que sus sueños le adviertan o guíen?
36	¿A veces habla de cosas que desconoce?

37	¿Puede Ud. usualmente ir y disfrutar de una fiesta gay?
38	¿A veces siente que no le importa lo que suceda?
39	¿Piensa que hay alguien que es responsable de la mayoría de sus problemas?
40	¿De niño hacia siempre lo que le decían?
41	¿Le gusta tener personas a su alrededor?
42	¿Se siente miserable sin ninguna buena razón?
43	¿Considera que la gente se ofende con facilidad?
44	¿A veces se enoja?
45	¿Le gusta salir mucho?
46	¿A menudo se preocupa por sentimientos de culpa?
47	¿Usaría drogas que le causan algunos efectos extraños y peligrosos?
48	¿A veces se ríe de chismes groseros?
49	¿Le gusta hacer bromas?
50	¿Siente compasión por si mismo?
51	¿Ama Ud. a su madre?
52	¿Esta Ud. libre de prejuicios de toda clase?
53	¿Normalmente prefiere estar solo?
54	¿Le preocupa mucho su apariencia?
55	¿Tiene enemigos que desean hacerle daño?
56	¿A veces lardea?
57	¿Le es difícil mostrar sus sentimientos?
58	¿A menudo se siente débil para todo?
59	¿Sus amistades se rompen sin que esto sea por culpa suya?
60	¿Contesta una carta personal tan pronto como pueda, después de haberla leído?
61	¿Es UD. comunicativo?
62	¿A veces se siente fastidiado por dentro?
63	¿Cree que la gente dice y hace cosas para fastidiarlo?
64	¿A veces deja para mañana lo que debe hacer hoy?
65	¿De niño le gustaban los juegos bruscos?
66	¿Se considera diferente a los demás?
67	¿Fue o es su padre un buen hombre?
68	¿A veces ha dicho mentiras?
69	¿Le gusta contar chistes o historias graciosas a sus amigos?
70	¿A veces ha deseado estar muerto?
71	¿Habría Ud. Tenido mas éxito si la gente no hubiera puesto dificultades en su camino?
72	¿Preferiría ganar que perder un juego?
73	¿Hace fácilmente amigos con miembros de su propio sexo?
74	¿Usualmente trabaja para obtener recompensa?
75	¿Le hace sentir mal ver a un niño o animal sufrir?
76	¿Cuándo hace nuevos amigos, Ud. usualmente toma alguna iniciativa?
77	¿Cuándo hay mucha gente alrededor le preocupa que puedan contagiarle alguna infección?

TEST DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

78 ¿A veces las cosas le parecen como si no fueran reales?

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

42. Lo que me pasa es un castigo que merezco.
43. Debería recibir más atención y cariño de otros.
44. Tengo razón y voy a hacer lo que me dé la gana.
45. Tarde o temprano las cosas me irán mejor.

CUESTIONARIO MILLON

1. Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mí
2. Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros.
3. Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mí.
4. Creo que hay que ser decidido(a) y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago.
5. En las últimas semanas me pongo a llorar apenas la mínima de las cosas sale mal.
6. Alguna gente me considera engreído(a) y egoísta.
7. De adolescente me metía en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar
8. Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo.
9. Frecuente critico a la gente si esta me molesta.
10. Me conformo con seguir a los demás.
11. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero.
12. A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia.
13. Me interesa muy poco hacer amigos.
14. Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida.
15. Sé que soy una persona superior por lo tanto no me importa lo que la gente piensa.
16. La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado.
17. Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar.
18. Últimamente siento como una angustia en el estómago y me pongo a sudar frío.
19. No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales.
20. Frecuentemente hago las cosas por el simple hecho de que son divertidas
21. Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien
22. Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Frecuentemente siento que debería ser castigado(a) por lo que he hecho
24. La gente se burla de mí a mis espaldas hablando de cómo actúo o de mi aspecto.
25. Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y de lo que quieren
26. Tiendo a romper en llanto y a tener ataques de cólera sin saber porqué
27. Empecé a sentirme solo(a) y vacío(a) hace un año o dos.
28. Tengo talento para ser dramático(a).
29. Me es difícil mantener el equilibrio.
30. Disfruto de la competencia intensa.
31. Cuando entro en crisis, rápidamente busco a alguien para que me ayude.
32. Me protejo a mí mismo(a) de problema, no dejando que la gente sepa mucho de mí.
33. La mayor parte del tiempo me siento sin energías para hacer las cosas
34. Otras personas se enojan más que yo ante pequeños inconvenientes
35. Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón
37. Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros
38. Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda
39. Una manera segura de hacer un mundo pacifico es mejorando la moral de la gente
40. En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho.
41. Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras
42. Soy una persona sumisa y fácil.
43. Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas.
44. No me importa mandonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera.
45. En los últimos años, incluso cosas mínimas, parecen deprimirme.
46. Frecuentemente mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo.

47. Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe si quiera que existo.
48. Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto.
49. Soy una persona tranquila y miedosa.
50. Soy una persona inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo.
51. Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día
52. Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo
53. Últimamente pareciera que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas.
54. Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años.
55. No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo.
56. Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho.
57. Daría la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mí
58. Últimamente siento ganas de romper cosas
59. Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.
60. Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer nueva gente
61. Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado(a) en caso de necesidad
62. Aparecí en portadas de varias revistas el año pasado
63. Le gusto a poca gente
64. Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría alguno de sus errores
65. Algunas personas dicen que me gusta sufrir
66. Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable
67. Últimamente me siento nervioso(a) y bajo una terrible presión, pero no se porque
68. Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida
70. Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente pero en el pasado sentí que las necesitaba.
71. Me siento cansado(a) todo el tiempo.
72. No puedo dormir bien y me levanto tan cansado(a) como cuando me acosté.
73. He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas
74. Nunca perdono un insulto, no olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.
75. Deberíamos respetar a las generaciones anteriores y no pensar que sabemos mas que ellos
76. Ahora me siento terriblemente deprimido(a) y triste gran parte del tiempo.
77. Soy el tipo de persona del que los otros se aprovechan
78. Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.
79. He tenido serios pensamientos suicidas por varios años.
80. Rápidamente me doy cuenta como la gente está intentando causarme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No puedo entenderlo, pero pareciera que disfruto hiriendo a las personas que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a pelear a muerte antes de dejar que alguien me quite mi autodeterminación
85. Desde que era niño siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.
86. Cuando las cosas se ponen aburridas me gusta despertar situaciones emocionantes
87. Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mi y a mi familia
88. Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, debería pedírmelo a mi
89. Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las que conozco.
90. Hace diez años que no veo un carro.
91. No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.
92. El castigo nunca me freno a hacer lo que yo quería.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animad, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. En las últimas emanas me he sentido exhausto, sin motivo especial.
96. En las últimas semanas me he sentido culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.

97. Últimamente me he sentido culpable porque yo no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vuelta en la cabeza una y otra vez y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionalmente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disculpas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no se hacia dónde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento que necesitare hacer algo para hacerme daño a mi mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto sobresaltado y nervioso las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a las personas para saber si son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de las personas que están cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesto.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas ilegales me ha causado problemas con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que solo pienso en mi mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.

145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme pero he tenido fuerzas de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el atlántico por más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "al que madruga, Dios lo ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces han oscilado entre amarlos y odiarlos.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son buenas guías a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego, inquieto vagando de un sitio a otro sin tener idea donde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pide que haga cosas a su modo en vez del mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la ánimo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en ni cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y buscarle pelea.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar las drogas y el alcohol.