



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN VARÓN ADULTO CON TRASTORNO DE PÁNICO

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

AUTOR

Gonzáles Moreno, Miguel Angel

ASESORA

Alva Cuba, Jennifer

JURADO

Inga Aranda, Julio
Castillo Gómez, Gorqui Baldomero
Álvarez Machuca, Militza

Lima- Perú

2020

Dedicatoria

A Dios, mi esposa, mi hija, mis padres,
mis hermanos y mi sobrino
que siempre me apoyan en mi crecimiento como persona.

Agradecimientos

A Dios, por la vida, su amor, su providencia y la oportunidad de trabajar en esta noble profesión.

Mi eterno agradecimiento a mi esposa Sthefany, por su amor, su apoyo y su comprensión.

El presente trabajo lo realicé pensando en mis hijas Camila y Belén, por su ternura; ellas siempre vivirán en mí.

El apoyo de mis padres Javier y Adela que, con su amor, su trabajo, su sacrificio transmitieron en mí lo más valioso, la fe.

La unión que siempre he tenido con mis hermanos Yael, Noemí y, Gabriel, así como con mi sobrino Mateo, fueron un gran estímulo para seguir adelante, con ellos compartí alegrías y tristezas.

No olvidaré el estímulo que me han dado mis hermanos de comunidad que con su aprecio y ayuda me motivaron a seguir siempre adelante.

Las enseñanzas que me han ofrecido mis docentes de la especialidad Terapia Cognitivo Conductual en la Universidad Nacional Federico Villarreal durante estos dos años de formación de post grado siempre han sido valiosas y tuve un valioso apoyo.

En el camino he conocido a colegas que han contribuido en mi formación académica y profesional en esta segunda especialidad, por compartir su tiempo, experiencias y conocimientos.

La orientación que he tenido de mi asesora Jennifer Alva me ha servido, además de su paciencia y dedicación.

Intervención cognitivo conductual para un varón adulto con trastorno de pánico

Miguel Angel Gonzáles Moreno

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

Se desarrolla un caso psicológico de intervención cognitivo conductual de trastorno de pánico en un varón adulto de 39 años, se realizó una revisión teórica del trastorno de pánico y de los programas de intervención basados en evidencia para una población con trastorno de pánico. Se elaboró una historia clínica cognitivo conductual y se aplicaron instrumentos como Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos, Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, Inventario de Registro de Opiniones Forma A de Davis, Mckay y Eshelman, Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein y Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de Sandín y Chorot. Se utilizaron también registros cognitivo conductuales, y se realizó una evaluación psicológica considerando los criterios diagnósticos en trastorno de pánico. Se diseñó un programa de tratamiento que incluían técnicas como Psicoeducación, Entrenamiento en respiración, Técnica de relajación, Reestructuración cognitiva, Terapia Racional Emotiva, Exposición interoceptiva, Modelamiento, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Psicoeducación en prevención de recaídas. Se aplicó una investigación experimental aplicada con diseño de caso único, que confirma la efectividad del tratamiento en la modificación de los síntomas del trastorno de pánico, y demostró el logro de los objetivos terapéuticos. Se describe el procedimiento y las dificultades encontradas.

Palabras clave: Trastorno de pánico, terapia cognitivo conductual, efectividad.

Cognitive behavioral intervention for an adult male with panic disorder

Miguel Angel Gonzáles Moreno

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

A psychological case of cognitive behavioral intervention of panic disorder is developed in a 39-year-old adult male, a theoretical review of panic disorder and evidence-based intervention programs was conducted for a panic disorder population. A cognitive behavioral medical history was developed and instruments such as Trait and State Anxiety Inventory (IDARE), Beck Anxiety Inventory (BAI), Eysenck Form B Personality Inventory - for adults, Ruiz and Lujan Automatic Thoughts Inventory, were applied, Inventory of Form A Opinion Record of Davis, Mckay and Eshelman, Goldstein Social Skills Check List and Sandin and Chorot Panic and Agoraphobia Questionnaire (CPA). Cognitive behavioral records were also used, and a psychological evaluation was performed considering the diagnostic criteria in panic disorder. A treatment program was designed that included techniques such as Psychoeducation, Feedback, Breathing Training, Relaxation Technique, Cognitive Restructuring, Emotional Rational Therapy, Interoceptive Exposure, Modeling, Social Skills Training and Psychoeducation in Relapse Prevention. Applied experimental research was applied with a unique case design, which confirms the effectiveness of the treatment in modifying the symptoms of panic disorder, and demonstrated the achievement of therapeutic objectives. The procedure and difficulties encountered are described.

Key words: Panic disorder, cognitive behavioral therapy, effectiveness.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Lista de Tablas	viii
Lista de Figuras	ix
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	13
1.1.1 Datos de filiación	13
1.1.2 Motivo de consulta	13
1.1.3 Problema actual	18
1.1.4 Historia personal	22
1.1.5 Historia familiar	24
1.1.6 Análisis funcional	25
1.1.7 Análisis cognitivo	25
1.1.8 Diagnóstico	27
1.2 Antecedentes	27
1.2.1 Estudios Nacionales e Internacionales relacionados	26
1.2.2 Basamento teórico científico de las dos variables del título	30
1.2.2.1 Variable independiente. Intervención cognitivo conductual	30
1.2.2.2 Variable dependiente. Trastorno de pánico	40
1.3 Objetivos	52
1.3.1 Objetivo general	52

1.3.2	Objetivos específicos	52
1.4	Justificación	52
1.5	Impactos esperados del proyecto	53
II.	Metodología	54
2.1	Informe de cada uno de los instrumentos aplicados	54
2.2	Informe psicológico integrado	71
2.3	Intervención psicológica	74
2.3.1	Establecimiento del repertorio de entrada	74
2.3.2	Objetivo de la intervención	74
2.3.3	Objetivos específicos	74
2.3.4	Procedimiento	75
2.3.5	Sesiones de tratamiento	78
III.	Resultados	91
IV.	Conclusiones	98
V	Recomendaciones	100
VI.	Referencias	101
VII.	Anexos	109

Lista de Tablas

N°	Pág.
1. Historia educativa del evaluado	20
2. Descripción de la familia del evaluado	22
3. Análisis funcional	24
4. Análisis cognitivo	25
5. Diagnóstico funcional	25
6. Síntomas de un ataque de pánico según el DSM-V	42
7. Resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)	55
8. Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	56
9. Resultados del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos	57
10. Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)	59
11. Resultados del Inventario de Registro de Opiniones Forma A (Davis, Mckay, Eshelman, 1982), validado para el Perú en el 2009 por Percy Guzmán	61
12. Resultados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales (Goldstein, 1978), adaptada para el Perú entre 1994-95 por Ambrosio Tomás	63
13. Resultados del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot (1997)	66
14. Sesiones de la evaluación psicológica	75
15. Sesiones del programa de intervención cognitivo conductual	76
16. Sesión n°1 de tratamiento	78
17. Sesión n°2 de tratamiento	78
18. Sesión n°3 de tratamiento	78
19. Sesión n°4 de tratamiento	79

20. Sesión n°5 de tratamiento	79
21. Sesión n°6 de tratamiento	79
22. Sesión n°7 de tratamiento	80
23. Sesión n°8 de tratamiento	80
24. Sesión n°9 de tratamiento	80
25. Sesión n°10 de tratamiento	81
26. Sesión n°11 de tratamiento	81
27. Sesión n°12 de tratamiento	81
28. Sesión n°13 de tratamiento	82
29. Sesión n°14 de tratamiento	82
30. Sesión n°15 de tratamiento	83
31. Sesión n°16 de tratamiento	83
32. Sesión n°17 de tratamiento	84
33. Sesión n°18 de tratamiento	84
34. Sesión n°19 de tratamiento	84
35. Sesión n°20 de tratamiento	85
36. Sesión n°21 de tratamiento	85
37. Sesión n°22 de tratamiento	86
38. Sesión n°23 de tratamiento	86

Lista de Figuras

Nº	Pág.
1. Modelo cognitivo de Clark y Salkovskis (1987)	48
2. Modelo cognitivo del trastorno de angustia de Beck (1988)	49
3. Modelo integral de Barlow (adaptado por Barlow y Durand, 2003)	51
4. Nivel de Ansiedad Estado / Rasgo (IDARE) Pre y Post Tratamiento	91
5. Nivel de Ansiedad (BAI) Pre y Post Tratamiento	92
6. Puntuación de pensamientos automáticos	93
7. Puntuación de creencias irracionales	94
8. Puntuación de habilidades sociales	94
9. Intensidad de los síntomas durante ataques de pánico	96
10. Frecuencia de ataques de pánico durante el último mes	97

I. Introducción

En relación a la crisis social que se vive actualmente en Chile, el Dr. Mauricio Gaete, director médico corporativo de RedInterclínica afirmó que en casi un 50 % han aumentado los diagnósticos de cuadros asociados a ansiedad, pánico y estrés entre octubre y noviembre del presente año en comparación con el mismo periodo del año anterior. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018), los trastornos de ansiedad (donde se incluye el trastorno de pánico) son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la región de las Américas, con un 7.5% de la discapacidad total en Brasil, 5.3% de la discapacidad total en Perú y un 3.4% de la discapacidad total en Canadá, por citar algunos países.

En nuestro país, el programa Buenos Días Perú del canal televisivo Panamericana publicó un reportaje con fecha 3 de octubre de 2019, donde afirma que el 2% de la población ha experimentado un ataque de pánico en su vida, y que por lo menos el 1%, es decir, 330 mil peruanos, sufren de estos ataques de forma continua. En relación a lo anterior, los ataques de pánico imprevistos recurrentes han sido definidos como Trastorno de Pánico, de acuerdo a la publicación de la última versión del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) (APA 2014), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Es por ello que el objetivo de la presente investigación es diseñar un estudio de caso clínico de un varón adulto que presenta trastorno de pánico. El presente estudio de caso se divide en cinco partes. En la primera se describe la descripción del problema, que incluye los datos de filiación, el motivo de consulta, el problema actual, la historia personal, la historia familiar, el análisis funcional, el análisis cognitivo y el diagnóstico funcional. También se detalla, los estudios

nacionales e internacionales relacionados, el basamento teórico científico de las dos variables, los objetivos, la justificación y los impactos esperados del proyecto. En la segunda parte se presenta la metodología de investigación, el informe de cada uno de los instrumentos aplicados, el informe psicológico integrado y la intervención psicológica. La tercera incluye los resultados del tratamiento, en la cuarta están las conclusiones y en la quinta las recomendaciones.

Este estudio de caso en trastorno de pánico brinda un aporte científico en la temática del tratamiento de los cuadros asociados a los trastornos de ansiedad, sumándose a estudios nacionales e internacionales que han aplicado terapia cognitivo conductual y han encontrado evidencias científicas respecto a su efectividad en trastorno de pánico.

1.1 Descripción del Problema

1.1.1 Datos de Filiación

Nombre y Apellidos:	Juan
Edad:	39 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Pariñas, 11 de octubre de 1979
Grado de instrucción:	Superior Técnico completo
Dirección:	Pariñas, Talara, Piura
Teléfono:	954045682
Fechas de entrevistas:	Abril - octubre 2019
Lugar de entrevista:	Pariñas, Talara, Piura
Terapeuta:	Lic. Miguel Ángel Gonzáles Moreno

1.1.2 Motivo de Consulta

El consultante refiere “he venido por problemas emocionales, aspectos familiares, no tengo poder de mando en mi familia porque vivo en la casa de mis suegros, y estoy yendo al psiquiatra desde septiembre 2018 por un cuadro de trastorno de pánico”. Comenta además “el psiquiatra me ha recetado clonazepam”.

1.1.3 Problema Actual

Juan manifiesta: “soy 100% nervioso, mayormente me encuentro preocupado; me preocupo porque quiero tener un estilo de vida que no tuve por las carencias económicas de

mi familia de origen, me preocupo porque no quiero que mi familia sufra, me saco la mugre por tenerlos bien y que no se den cuenta de lo que yo paso”. Refiere que en los últimos 60 días ha presentado repentinamente malestar intenso o miedo intenso que alcanza su máxima expresión en 10 minutos, acompañado de los siguientes síntomas: palpitaciones, aceleración de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblor, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, sensación de mareo, entumecimiento del brazo izquierdo, miedo a perder el control o de “volverse loco” y miedo a morir. Estos episodios se dan dos veces por semana.

En el entorno familiar, luego de una discusión con su esposa, Juan experimenta ansiedad (8/10) e ira (7/10), hinchones en el pecho, dolor en el brazo izquierdo, sensación de ahogo y sudoración palmar. Piensa “nadie me respeta en esta casa”, “me voy a morir”, “me voy a volver loco”. En ese momento opta por ir solo a su dormitorio, gritar, pedir ayuda a sus familiares. Estos síntomas van desapareciendo cuando su esposa se acerca al dormitorio, le presta atención, le pregunta si se encuentra bien, le dice que descanse. En esa situación el evaluado se siente querido y que, si le importa a su esposa, experimentando tranquilidad, disminución del nivel de desesperación e ira, desapareciendo los hinchones en el pecho, dolor en el brazo izquierdo, sensación de ahogo y sudoración palmar. Esta conducta se da una vez por semana y los síntomas desaparecen aproximadamente después de una hora.

En el ámbito laboral, Juan se encuentra en el paradero de mototaxis. Al presenciar que uno de los mototaxistas del otro paradero se “roba” a su pasajero experimenta ansiedad (8/10), ira (8/10). Piensa “ya no voy a tener ganancia esta tarde”, “a mí nadie me quita los pasajeros”, “cree que soy tonto”. En ese instante se acerca al mototaxista gritándole, insultándolo y

buscando pelearse. El mototaxista, al verlo tan exaltado, le responde, pero evita la “bronca” y se retira. A continuación, Jorge experimenta agitación, taquicardia, inquietud psicomotriz, sudoración, sensación de ahogo. Piensa “me voy a morir”, “no puedo evitarlo”. Estos síntomas tienen una duración aproximada de 30 minutos durante los cuales no puede utilizar la mototaxi. Esta conducta se da dos veces por semana.

En otro contexto familiar, Juan se encuentra conversando en la sala del primer piso de la casa con su esposa y sus suegros, en esos momentos experimenta ansiedad (9/10), empieza a faltarle el aire, presenta sudoración, temblor, tensión muscular y mareo. Piensa “qué me sucede”, “me voy a morir”, “necesito ayuda”, se le pone la mente en blanco, y en ese momento grita “ayúdenme” y pide ayuda a los que le acompañan. Su esposa y suegros lo recuestan en el mueble y lo nebulizan porque eso se repite varias veces. Al cabo de unos minutos disminuyen el nivel de ansiedad, los síntomas, pero experimenta fatiga. Luego lo llevan al médico, pero éste descarta algún problema de origen orgánico. Esta crisis dura 30 minutos. Este episodio puede acontecer en cualquier circunstancia ambiental.

En un ambiente social distinto, Juan se encuentra en la fiesta de 15 años de su sobrina, cuando de pronto experimenta ansiedad (9/10), siente aceleración de la frecuencia cardiaca, sudoración, hormigueo del brazo izquierdo, temblor. Piensa “me va a dar un infarto”, “me voy a morir”; en ese instante grita “ayúdenme”. Su esposa se acerca a brindarle ayuda, lo retira de la sala, lo lleva a una habitación y lo recuesta en una cama, diciéndole que se calme. Luego de unos minutos su esposa le da una pastilla para dormir logrando calmarlo.

En otro entorno laboral, Juan se encuentra sentado en una banca cercana al patio del colegio donde trabaja, en ese momento experimenta temor (8/10), ansiedad (8/10), siente sensación de dificultad para respirar, sensación de mareo, sudoración, temblor. Piensa “me voy a ahogar”, “me voy a volver loco”, “no puedo soportarlo” y opta por acostarse sobre una banca. Estas sensaciones tardan en desaparecer alrededor de 30 minutos. Este episodio ha sucedido en dos ocasiones.

De modo similar, Juan se encuentra en la sala de su casa con su esposa e hijo menor, en esa circunstancia experimenta ansiedad (7/10), siente palpitaciones, sensación de mareo, sudoración, sensación de entumecimiento del brazo izquierdo. Piensa “me va a dar un infarto”, “me voy a volver loco”. Grita “ayúdenme” y su esposa se acerca para ayudarlo a recostarlo en el mueble. Aproximadamente los síntomas tienen una duración de 60 minutos. Este episodio ha sucedido dos veces.

Desarrollo cronológico del problema

Juan recuerda desde los 5 años que era un niño inquieto, travieso, malograba las cosas y que su padre le pegaba desnudo con látigo de tres lenguas cuando desobedecía o hacía alguna travesura. Refiere que sentía mucha ansiedad antes que recibiera el castigo de su padre, experimentaba temblor, miedo, aceleración de la frecuencia cardíaca. Menciona que su padre era nervioso, colérico, amargo, se molestaba por todo y era presto a la violencia física.

Desde los 6 años Juan recuerda observar a su padre bohemio, que llegaba ebrio a pegarle a su madre. Declara que junto a sus hermanos se escondían debajo de la cama por temor ante la violencia física de su padre.

Cuando tenía 7 años, recuerda que su padre llevó a la casa a su primer hijo, producto de una relación pre matrimonial. Comenta que se sintió relegado (ya que Juan es el hermano mayor en el hogar) y tuvo la osadía de botar a su hermano al momento de conocerlo. A esta edad empezó la onicofagia que la mantiene hasta la actualidad. A la edad de 8 años, Juan recibió la noticia de que su padre tenía dos hijos más (extra matrimoniales). Refiere que esto le enfureció y le dijo a su padre que no quería ser como él, mujeriego y violento con su madre. Afirma también que esta noticia provocó mucho dolor a su madre. Menciona además que a la fecha no perdona a su padre por este suceso, y no estima a estos dos hermanos de parte de padre, no los quiere ver, ni desea que le conversen de ellos. Comenta también que era un adolescente colérico, intranquilo, ansioso, impulsivo, de respuestas enérgicas y rápidas. A los 16 años repitió de grado y sintió mucha ansiedad y temor ante el castigo que podría recibir de su padre. Experimentó sudoración excesiva de las manos, aceleración de la frecuencia cardiaca, sensación de temblor. Pero, finalmente su padre no lo violentó.

A los 18 años de edad, Juan recuerda que percibió mucha ansiedad durante las primeras ocasiones que llegaba ebrio a casa, por el temor de recibir un castigo físico por parte de su padre. Sin embargo, esta ansiedad fue disminuyendo progresivamente porque su padre no castigaba su accionar. Agrega que a partir de la edad de 22 años, como una manera de escapar de su nerviosismo y ansiedad cotidianos, incrementó el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos, llegando en ocasiones a beber de viernes a lunes o todos los días de la semana; alcanzando asimismo en ocasiones a consumir 20 cigarrillos por día. Así también, cada vez que recibía su sueldo asistía al prostíbulo, sentía ansiedad por ir a buscar a una nueva meretriz, a pesar de mantener relaciones sexuales con las enamoradas que tenía. Afirma que esa

situación se terminó luego de casarse. Refiere que a la fecha fuma un cigarrillo diario para los “nervios” y consume bebidas alcohólicas una vez al mes o en compromisos sociales.

Además, el evaluado comenta que desde septiembre de 2018 el psiquiatra le diagnosticó trastorno de pánico y le prescribió el primer mes una toma diaria de clonazepam de 0,5 mg.; sin embargo, a partir del segundo mes y hasta la actualidad, el psiquiatra le recetó dos tomas diarias (mañana y noche) de media tableta de 2mg.

1.1.4 Historia Personal

Desarrollo inicial

Juan nació en Pariñas a los 8 meses de embarazo y permaneció una semana en la incubadora. Su madre tuvo una etapa de gestación normal, asistía a sus controles médicos en el centro de salud y tenía buena alimentación. Juan nació en un parto normal con un peso promedio, lactó hasta el año y fue creciendo dentro de lo esperado. Empezó a dar sus primeros pasos a partir del año primero de vida, empezó a caminar progresivamente, se mostraba atento y activo. A partir del año cuatro meses empezó a decir sus primeras palabras. Luego aprendió a pedir el baño a su madre para sus necesidades fisiológicas, y por último adquirió el control de esfínteres. De niño era alegre, sociable, contaba con amigos con quienes jugaba. Se caracterizaba por ser inquieto, travieso e hiperactivo. Cuando sus travesuras sobrepasaban los límites de su padre, éste le pegaba desnudo en la ducha con un látigo.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

Manifiesta que era muy inquieto desde pequeño, hacía travesuras en la casa y su padre lo

castigaba físicamente, su madre no intervenía. A la edad de 7 años empezó con su problema de onicofagia (lo mantiene hasta la actualidad). Refiere que lo realiza para calmar la ansiedad. En tercero de primaria, con 8 años de edad, tuvo su primera pelea en el colegio (las peleas continuaron hasta quinto de secundaria) debido a que lo molestaban y le buscaban la “bronca”. Refiere que sintió ira, tensión muscular, pensó “es un abusivo”, “ya me va a conocer” y empezó a darle puñetes al niño. La pelea fue detenida por la profesora quien lo llevó a la dirección del colegio. Luego al enterarse su padre lo agredió físicamente en casa. En ese mismo año, por seguir a un compañero, se escapó del colegio subiendo por un portón, pero en ese mismo instante su padre caminaba por el lugar y se percató de lo sucedido, llevándolo a dirección para recibir el castigo. Luego en casa recibió agresión física por parte de su padre.

Así también, debido a su mal comportamiento, sus mentiras, desobediencia a la profesora y ser “relajado” en la escuela, su padre pidió permiso a la profesora, ingresó al salón y frente a sus compañeros de tercer grado de primaria, le pegó con la correa. Aparte de llorar, se sintió muy avergonzado y esta vergüenza le duró una semana.

Actitudes de la familia frente al niño

El evaluado comenta que la relación con su padre ha sido distante, refiere que por lo general era colérico, malhumorado, no quería que le ayudaran en su trabajo de maestro de carpintería y prefería trabajar solo. Recibía castigo con látigo de tres lenguas desnudo en la ducha debido a que era travieso, andaba en la calle, malograba cosas de la casa, le pegaba a su hermano menor y era irresponsable en el colegio. Recuerda también que su padre era muy poco de reforzar o premiar. Menciona que su madre era una persona sensible, sencilla, humilde, de carácter débil.

Refiere que “hacía de las mías con ella” y que le desobedecía cuando le llamaba la atención. Sin embargo, le ayudaba a preparar y vender tamales y patasca los fines de semana. Comenta también que ocasionalmente viajaban en familia a Sullana (al campo, a la chacra) para visitar a sus familiares. Afirma que esos momentos son buenos recuerdos. El examinado declara que la relación entre sus padres era distante, alejada; había violencia física de su padre hacia su madre. Pero esto empezó a cambiar cuando ingresaron a la “Comunidad Católica Carismática Matrimonial Bodas de Caná”. Afirma que sus dos últimos hermanos fueron los beneficiarios de este cambio.

Educación

Tabla 1
Historia educativa del evaluado

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	x				x		x	
Primaria	x				x		x	
Secundaria	x				x	x	x	
Superior Técnico	x						x	

El paciente recuerda que era un niño inquieto, travieso, hiperactivo en la Escuela de Educación Inicial. En ocasiones la profesora daba quejas a su madre por su comportamiento. En el nivel primario estudió en un centro educativo estatal, tuvo un desempeño académico promedio y tenía problemas de comportamiento en el aula. Menciona que era “relajado”, mentía y desobedecía a la profesora. En ocasiones se escapaba con compañeros del colegio trepándose por el portón. Así también, en situaciones se peleaba con sus compañeros según afirma por defenderse de los insultos y bromas de sus amigos.

El nivel secundario lo realizó en otro colegio público, donde tuvo un desempeño académico promedio y bajo, aunque en ocasiones pagaba a algunos profesores para que lo aprobaran en los cursos. Comenta que no le gustaba estudiar, en cambio, prefería trabajar. Durante la secundaria trabajó ayudando a su tía en su puesto de venta de calzado en la “parada”, como cobrador de combi y cargando bultos de compras de las señoras en el mercado. Durante el nivel secundario continuó con su comportamiento “relajado”, “vago”, mentía, desobedecía a los profesores, se escapaba del colegio, en situaciones se iba a los golpes con sus compañeros. En una ocasión, llegó a tirarle un “carpetazo” a un auxiliar porque era muy autoritario con los alumnos. Por todas estas situaciones llegó a repetir el cuarto grado de educación secundaria. Comenta que su padre y su tío profesor hablaron con el director del colegio para que pudiera pasar de año, sin embargo, no lo consiguieron, llegando a cursar los grados restantes en la misma escuela secundaria.

Ya en el nivel superior estudió la carrera técnica de Contabilidad en un instituto privado, donde fue el único varón del salón. Refiere que realizó más vida social que académica en el instituto y que sus compañeras le ayudaban a pasar los cursos, en los trabajos grupales y en los exámenes.

1.1.5 Historia Familiar

Datos familiares

Tabla 2
Descripción de la familia del evaluado

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Dedicación
Padre	José	64	Secundaria	Maestro carpintero
Madre	Ana	58	Secundaria	Ama de casa
Hermano 1	Lizet	38	Secundaria	Ama de casa
Hermano 2	Jan Paul	36	Superior Técnico	Mototaxista
Hermano 3	Yuriko	30	Superior Técnico	Administradora
Hermano 4	Elena	22	Superior Técnico incompleto	Ama de casa
Hermano 5	Bruno	20	Superior Técnico en curso	Estudiante
Hermano 1 (paterno)	Alonso	43	Secundaria completa	Agricultor
Hermano 2 (paterno)	Jorge	Desconoce los datos de ambos porque no los quiere ver, ni que le conversen de ellos. Afirma que les guarda rencor.		
Hermano 3 (paterno)	Yolanda			

Relaciones familiares

Juan refiere que una de las causas de sus problemas es la relación que lleva con su esposa y sus suegros. Juan, su esposa, su hijo y la hija de su esposa viven en el segundo piso de la casa de sus suegros, que cuenta con escalera independiente en la parte exterior, sin embargo, por lo general, al salir del trabajo encuentra a su esposa e hijo en el primer nivel de la casa. Su esposa, llamada Yessy, tiene 37 años de edad, grado de instrucción superior universitario completo, profesión economista. El examinado refiere que su esposa es una mujer inteligente, pero de carácter fuerte. Las peleas que tienen normalmente son a causa del dinero o la intromisión de su suegra en las decisiones familiares. Algo que marcó mucho el matrimonio fue la pérdida de su primera hija, llamada Fátima Guadalupe, que murió antes de nacer en febrero de 2015. Eso

provocó una gran tristeza y sentimiento de culpa del uno hacia el otro.

En febrero de 2017, cuando su esposa estaba gestando a su segundo hijo Ismael, se separaron alrededor de dos meses. Refiere que no recuerda el motivo de la separación, pero sí rememora que su suegra lo botó de casa y él la mandó a “volar”. Para regresar a vivir juntos, tuvo que insistirle en reiteradas oportunidades a su esposa, hasta que ella cedió. Cuando su esposa trabajaba la relación era distante, fría. Comenta que ella no lo atendía como una mujer atiende a su marido, pero desde que ella fue retirada de la empresa donde laboraba, la relación mejoró algo. Refiere que ahora ella le lava y le plancha su ropa, actividades que antes no realizaba cuando trabajaba. Afirma que ella se preocupa por su salud y desea que pueda superar estos problemas psicológicos. Agrega también que tiene un nivel 7 de satisfacción con su esposa, mantienen una vida sexual activa, pero lo que le desagrada es que su cónyuge baje al primer nivel de la casa, a conversar con sus suegros. Menciona que esto afecta su privacidad familiar.

El paciente continúa diciendo que la relación con la hija mayor de su esposa, llamada Nadia, de 10 años de edad, es adecuada. Comenta que a veces se aíslan el uno y el otro, pero en otras ella le muestra cariño. Aclara que él comparte su sueldo con ella, que no es egoísta con la menor. Refiere que su hijo menor Isaías, de 1 año 7 meses, es un niño inquieto, pero no juega mucho con él. Declara que no le gusta jugar con los niños, prefiere cargarlo, acostarse con él y ver TV juntos. El evaluado comenta que su suegro, llamado Humberto, es una persona tranquila, dócil. Reconoce que su suegro quiere acercarse a él como un padre, pero existe una barrera que no lo permite y que no sabe qué es. Juan admite que sus suegros lo apoyan, no le han negado un plato de comida, ni le han sacado en cara alguna ayuda que le hayan brindado.

Con respecto a su suegra, llamada Flor, el examinado reconoce que le molesta su forma de hablar, porque se expresa como si ella tuviera siempre la razón, afirma que ella se cree la dueña del mundo y que menciona siempre a Dios cuando tienen que conversar sobre algún tema o problema. Refiere que su suegra se inmiscuye en el matrimonio, toma decisiones que él no se entera. Por lo tanto, Juan afirma que no puede tomar decisiones en su hogar.

Antecedentes familiares

Juan comenta que tiene primos maternos que consumen PBC. Pero ningún familiar se encuentra en tratamiento psiquiátrico.

1.1.6 Análisis funcional

Tabla 3
Análisis funcional

Estímulo Discriminativo	Conducta	Estímulo Reforzador
<u>Externo</u>	<u>Cognitivo</u>	<u>Externo</u>
Discusión con su esposa.	“Me voy a morir, me voy a volver loco, me va a dar un infarto, me voy a ahogar, no puedo evitarlo, no puedo soportarlo, qué me sucede, necesito ayuda”.	Evitar discutir para no encolerizarse.
Un mototaxista le “roba” su pasajero.		Evitar estar solo en casa de familiares.
Se encuentra conversando en casa con sus familiares.	<u>Fisiológico</u>	Evitar estar solo en el trabajo.
En la fiesta de algún familiar.	Hincones en el pecho, hormigueo en el brazo izquierdo, sensación de ahogo, sudoración palmar, agitación, taquicardia, inquietud psicomotriz, temblor, mareo.	Evitar bailar en alguna fiesta.
Cuando se encuentra sentado en una banca cercana al patio del colegio.	<u>Emocional</u>	Evitar correr.
	Ansiedad (8/10), temor (8/10)	Evitar realizar ejercicios físicos.
	<u>Motor</u>	Evitar beber café.
<u>Interno</u>	Gritar “ayúdenme”, pedir ayuda a sus familiares o a los que lo acompañan.	<u>Interno</u>
Pensar “nadie me respeta en esta casa”.	<u>Dimensiones</u>	Pensar que le pueden acontecer las palpitaciones en cualquier momento.
Pensar “ya no voy a tener ganancia esta tarde, nadie me quita los pasajeros, cree que soy tonto”.	Latencia: Inmediata.	La sensación de mareo.
	Intensidad: Ansiedad (8/10), temor (8/10).	
	Frecuencia: Cada vez que percibe sus sensaciones interoceptivas.	
	Duración: Aproximadamente 10 minutos.	

1.1.7 Análisis cognitivo

Tabla 4
Análisis cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Discusión con su esposa.	“Nadie me respeta en esta casa”, “me voy a morir”, “me voy a volver loco”.	Ansiedad (8), ira (7); ir solo a su dormitorio; gritar, pedir ayuda a sus familiares.
Un mototaxista le “roba” su pasajero.	“Ya no voy a tener ganancia esta tarde”, “nadie me quita los pasajeros”, “cree que soy tonto”, “me voy a morir”, “no puedo evitarlo”.	Ansiedad (8), Ira (8); gritar, insultar, buscar pelearse con el mototaxista; permanecer 30 minutos sin utilizar la mototaxi por la presencia de síntomas.
Encontrarse conversando en casa con su familia.	“Qué me sucede”, “me voy a morir”, “necesito ayuda”	Ansiedad (9); gritar y pedir ayuda a los que le acompañan.
Encontrarse en la fiesta de 15 años de su sobrina.	“Me va a dar un infarto”, “me voy a morir”, “necesito ayuda”.	Ansiedad (9), gritar y pedir ayuda a los que le acompañan.
Encontrarse sentado en una banca cercana al patio del colegio.	“Me voy a ahogar”, “me voy a volver loco”, “no puedo soportarlo”.	Temor (8), ansiedad (8), acostarse sobre una banca.
Encontrarse en la sala de su casa junto a su esposa e hijo.	“Me va a dar un infarto”, “me voy a volver loco”.	Ansiedad (7), gritar “ayúdenme”.

1.1.8 Diagnóstico

Diagnóstico funcional

Tabla 5
Diagnóstico funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
-Gritar, pedir ayuda a sus familiares, insultar, buscar pelearse con un mototaxista, pedir ayuda a los que le acompañan.	-Habilidades sociales: Comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar afecto, emplear el autocontrol, responder a las bromas, formular una queja, y prepararse para una conversación difícil.	Relajarse
-Evitar actividades específicas que le aumentan las sensaciones fisiológicas.		
-Ansiedad, ira, temor.		
-Hincones en el pecho, sensación de ahogo, sudoración palmar, agitación, taquicardia, inquietud psicomotriz, temblor, tensión muscular, sensación de mareo, sudoración, hormigueo en el brazo izquierdo		
-Pensar: “nadie me respeta en esta casa”, “me voy a morir”, “me voy a volver loco”, “ya no voy a tener ganancia esta tarde”, “nadie me quita los pasajeros”, “cree que soy tonto”, “no puedo evitarlo”, “qué me sucede”, “necesito ayuda”, “me va a dar un infarto”, “me voy a ahogar”, “no puedo soportarlo”.		

Diagnóstico Clínico, según CIE-10

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Pautas para el diagnóstico:

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.- Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes: a) en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo; b) no deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles; y c) en el período entre las

crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Estudios Nacionales e Internacionales relacionados

Estudios Nacionales

Miranda (2018) realizó un estudio de caso clínico psicológico utilizando un programa de intervención cognitivo conductual para una mujer de 26 años con trastorno de pánico. El programa de tratamiento estuvo conformado por técnicas como reentrenamiento de la respiración, relajación, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva. Las conclusiones del estudio señalan que se lograron los objetivos de aprender a controlar la ansiedad frente a las crisis de pánico, modificar las creencias irracionales, fortalecer la seguridad y confianza de la paciente, mejorar significativamente el estado emocional de la evaluada, aumentar la funcionabilidad de la evaluada a nivel personal, social y laboral.

Zeballos (2018) ejecutó un trabajo académico de plan psicoterapéutico para un caso clínico de episodio depresivo moderado y trastorno de pánico. La autora propuso abordar el caso con terapia cognitivo conductual, utilizando técnicas como psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, exposición interoceptiva, reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, autoinstrucciones, activación conductual y terapia de esquemas. Al cabo de 12 sesiones de terapia, la paciente toleró la ansiedad “normal” que le ocasionaban ciertas situaciones de su vida diaria y no

volvió a presentar ataques de pánico.

Fernández (2018) utilizó un plan de tratamiento basado en las investigaciones de Beck y Clark (2012), Caballo (2007) y Beck (2008). El tratamiento estuvo compuesto por 14 sesiones de tratamiento y tres sesiones de seguimiento, logrando psicoeducar al paciente, reducir su nivel de ansiedad considerablemente, reestructurar las creencias irracionales con respecto a los estímulos que mantenían la ansiedad, facilitar la toma de decisiones frente a la posibilidad futura de una recaída y desarrollar con normalidad sus actividades cotidianas.

Estudios Internacionales

Amodeo (2016) desarrolló un tratamiento del pánico, mediante exposición interoceptiva y ejercicio físico, a un paciente varón de 33 años de edad. El tratamiento se basó en la exposición interoceptiva mediante ejercicios de exposición a los estímulos somáticos temidos en el despacho del terapeuta reforzados por ejercicio físico pautado intersesiones. Los resultados que se lograron fueron disminución en los índices de sensibilidad a la ansiedad, ansiedad evaluada a través del BAI, índice de escala de inadaptación; así como reducción de la frecuencia de las crisis, intensidad de las crisis y duración de las crisis.

Monterde y Casado (2015) realizaron un tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia en una paciente mujer de 43 años de edad. El programa

se diseñó con cinco componentes: Psicoeducación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en respiración abdominal, exposición en vivo y mantenimiento de logros y prevención de recaídas. Luego de las 13 sesiones de tratamiento, los resultados obtenidos fueron ligera disminución de los niveles de ansiedad, eliminación de los pensamientos catastrofistas, mejora de la aceptación y tolerancia de las sensaciones somáticas y cogniciones de ansiedad, adquisición progresiva de las actividades de funcionamiento normal, exposición a situaciones o lugares antes evitados, aumento de las expectativas de autoeficacia y abandono de las conductas de seguridad.

Prats, Domínguez, Rosado, Pailhez, Bulbena, Fullana (2014) hallaron efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) grupal en una muestra de pacientes con trastorno de pánico (TP) en una unidad especializada. El tratamiento consistió en 9 sesiones de TCC (basadas en el manual de Barlow y Craske, 2000) con frecuencia semanal en 56 pacientes con TP. Se realizaron evaluaciones en el momento inicial, al final, al mes y los 3 meses de seguimiento. Los resultados mostraron disminuciones significativas en las puntuaciones de la sintomatología de pánico-agorafobia y variables relacionadas, que se mantenía en el seguimiento a 3 meses.

Martínez, Perelló y Hernández (2011) realizaron un trabajo centrándose en los avances sobre el trastorno de pánico y la agorafobia; tomando en cuenta no sólo las investigaciones sobre el tratamiento, sino también aspectos relacionados con la comprensión y clasificación de estos trastornos. Abocándonos en el tratamiento, los autores concluyeron que los tratamientos eficaces para el trastorno de pánico con o sin agorafobia son la terapia

conductual y la terapia cognitiva focal, que incluyen la exposición tanto a estímulos externos como internos y la reestructuración cognitiva, específicamente.

Garriga, Martín y López (2009) investigaron la efectividad de una combinación de las principales técnicas utilizadas en una versión específica de TCC en formato grupal para este trastorno: el Modelo de Control del Pánico. El tratamiento consistió en 12 sesiones grupales semanales siguiendo la guía propuesta por Martín (2007) para aplicar en grupo el programa de Barlow (1988). Todos los pacientes tuvieron ganancias significativas en todas las dimensiones evaluadas con alto grado de remisión de sintomatología fisiológica de las crisis de pánico y mejora significativa en los síntomas asociados (depresión, miedos, sensaciones corporales, cogniciones agorafóbicas, ansiedad). Los resultados sugirieron la recomendación de este modelo de tratamiento para el abordaje de los trastornos de pánico en una consulta pública de salud mental.

1.2.2 Basamento teórico científico de las dos variables del título

1.2.2.1 Variable independiente

Intervención cognitivo conductual

El tratamiento más eficaz que existe a la fecha para el problema del trastorno de pánico es la terapia cognitivo conductual, ampliamente investigado por la comunidad científica internacional, la cual se encamina a 1) determinar y modificar los pensamientos negativos responsables del pánico y 2) a cambiar las conductas contrarias relacionadas con este problema (Roca, 2015). Estas intervenciones cognitivo conductuales han logrado que los avances en el tratamiento de pánico y/o agorafobia

sean muy notables, alcanzando índices de eficacia de 80 por 100 aproximadamente (McNally, 1996). El principal propósito del tratamiento es alcanzar que el sujeto afronte sus temores. Para esto, el tratamiento se dirige también a dominar las cogniciones y emociones negativas que están dificultando dicho afrontamiento; o sea, para contradecir los pensamientos catastróficos se emplea la terapia cognitiva, para el dominio de las emociones negativas se utilizan técnicas de desactivación (por ejemplo, la relajación), y para confrontar el pánico se requiere técnicas de exposición a estímulos internos y externos (Pastor y Sevillá, 1998).

Es importante conocer las estrategias y/o ingredientes necesarios para la terapia dirigida a tratar el trastorno de pánico (claro está que el psicoterapeuta requiere poseer destreza clínica y flexibilidad para las adaptaciones convenientes al caso concreto). Por lo expresado anteriormente, se menciona a continuación los principales componentes.

Componente educativo: Lo primero que se realiza es brindar información sobre en qué consiste la respuesta de ataque-huida. Esta información se detalla en un folleto explicativo que se entrega al cliente para leer en el momento preciso, y así se le enseña que las sensaciones que experimenta son normales y no perjudiciales, son respuestas habituales de miedo para las que todo organismo está preparado en el caso de percibir algún estímulo amenazador, respuestas que no son peligrosas ellas mismas, por más que puedan ser incómodas o desagradables. En otras palabras, el incremento del ritmo cardíaco, la sudoración, la hiperventilación que produce mareo o sentimiento de irrealidad, no son peligrosos para el organismo; antes bien, se explica al cliente que son sólo mecanismos fisiológicos adaptativos en determinadas circunstancias (Díaz-

Benjumea, Craske & Barlow 2002).

Entrenamiento en respiración: Si bien es obvio que todos respiramos, es significativo reiterar en la importancia de una respiración correcta, que posibilite una apropiada oxigenación del organismo, puesto que las condiciones de la vida actual con frecuencia propician el desarrollo de hábitos de respiración poco convenientes. Algunos autores llegan a estimar una buena respiración como un antídoto general contra el estrés (Davis, McKay & Eshelman, 1985). La práctica dirigida a mejorar la respiración ha evidenciado ser beneficioso en la disminución de la ansiedad, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga, siendo una de las estrategias más sencillas para hacer frente a situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica producidos por éstas (Labrador, 1993).

Por consiguiente, Buela-Casal, Sierra, Martínez y Miró (2004) afirman: “el entrenamiento en respiración lenta está especialmente indicado en los casos en los que la hiperventilación juega un papel importante en las crisis de angustia”. Es por ello que se recomienda empezar el entrenamiento realizando un examen de hiperventilación con el paciente, utilizando un casete de dos minutos de duración, donde se indica que realice un ritmo rápido de respiración durante por lo menos dos minutos. Esto ocasionará en el paciente una serie de sensaciones desagradables. Al acabar la prueba se le solicitará al paciente que se concentre en las sensaciones con los ojos cerrados por espacio de un minuto (Botella y Ballester, 1997).

Después de este ejercicio, se le pregunta al paciente lo que ha sentido y hasta qué medida esas sensaciones son similares a las que percibe durante sus ataques de pánico. En caso de que manifieste que las consecuencias no son semejantes a los de sus crisis, se debe averiguar en qué consiste la diferencia. El plan es procurar enfatizar el parecido entre las sensaciones provocadas por la hiperventilación y las que el paciente aprecia en sus ataques de pánico, y así propiciar un desarrollo de reatribución cognitiva de las sensaciones temidas (Buela-Casal et al., 2004).

Técnicas de control cognitivo: Risley y Hart (1968) mencionan que “gran parte de la psicoterapia... está basada en la presunción de que reorganizando y reestructurando los enunciados verbales referentes a sí mismo y al mundo del paciente, se producirá la reorganización correspondiente de su conducta con respecto al mundo”. Estos enunciados verbales no son otra cosa que las cogniciones o pensamientos que elaboramos cada día en nuestra relación con nosotros mismos y con los demás. Es por ello que Beck (1979) manifestará que las conductas desadaptadas pueden rectificarse manejando directamente los pensamientos, actitudes y creencias de las personas.

Siguiendo con esta línea, Buela-Casal et al. (2004) afirman: “La percepción de una situación es el componente más significativo del estrés y la ansiedad... Los pensamientos son tomados como hipótesis y, ..., deben buscarse argumentos a favor y en contra, y realizar experimentos conductuales para ponerlos a prueba... El terapeuta guía al paciente en este proceso adoptando un estilo socrático”. (p. 103 – 104). Para desafiar estos pensamientos irracionales se sigue un proceso: a) identificar los pensamientos negativos,

a través de los registros del paciente; b) examinar las evidencias a favor y en contra de la idea catastrófica; c) considerar las probabilidades de ocurrencia de los pensamientos catastróficos; d) buscar explicaciones alternativas racionales, a través del conocimiento de la base fisiológica de la ansiedad y del uso de técnicas de intención paradójica; e) desdramatizar o descatastrofizar, respondiendo, ante un pensamiento catastrófico, a las preguntas “¿y qué?, ¿qué más podría ocurrirte?”; f) encontrar la utilidad del pensamiento negativo, respondiendo a las preguntas “¿puedes evitarlo?, ¿te sirve de algo?”. (Clark, 1989) (Botella y Ballester, 1997)

Técnicas de control de las conductas de evitación: Con respecto a este componente para el tratamiento del trastorno de pánico, Buela-Casal et al. (2004) refieren: “aunque no todos los pacientes con pánico presentan evitación agorafóbica, suelen estar presentes, en cualquier caso, conductas de evitación más o menos sutiles... De esta forma está indicada la terapia de exposición tanto a estímulos internos como externos”. El secreto de este procedimiento de exposición es imposibilitar que la evitación o el escape se conviertan en una señal de seguridad, en el sentido de asociarse al comienzo de un período libre de ansiedad, más que dificultar el escape por sí mismo (ya que se han conseguido resultados beneficiosos cuando el paciente se evade del estímulo ansiógeno y se reexpone inmediatamente a él) (De Silva y Rachman, 1984; Marks, 1987). Esta técnica de exposición se utiliza acompañada del terapeuta, aunque en la actualidad se destaca la autoexposición (Marks, 1992).

La autoexposición no consiste en arriesgarse sin más a las situaciones eludidas, sino que

se requieren ciertas condiciones: instauración de objetivos realistas, determinación de cada una de las conductas problema, práctica uniforme de autoexposición con cada una de ellas, evaluación de la disminución del nivel de ansiedad (al menos, un 25% tras cada tarea) y planificación del manejo de percances (por ejemplo, situaciones nuevas o difíciles) (Ghosh y Marks, 1987). El éxito de esta técnica de autoexposición, realizada principalmente en el ambiente natural del paciente, se basa en el protagonismo del sujeto y en la asignación del éxito a su propio trabajo (Echeburúa y Del Corral, 1993).

Continuando con las técnicas de control de las conductas de evitación, la exposición interoceptiva es uno de los componentes más recientes e tratamiento del trastorno de pánico (Craske y Lewin, 2002). Esta técnica consiste en exponerse sistemática y repetidamente a las sensaciones corporales que suscitan miedo. Estas sensaciones pueden provocarse simuladamente, tanto en el consultorio como en casa, a través de diversos ejercicios tales como, ejercicios cardiovasculares, inhalación de dióxido de carbono, dar vueltas en una silla giratoria, hiperventilación (Craske y Barlow, 1993).

Prosiguiendo con la exposición interoceptiva, existe una variante que es exposición en vivo, es decir, exponerse a situaciones en las que se prevé que acontecerá la ansiedad y el pánico, y que además es dificultoso escapar de ellas (Craske y Barlow, 1993). Estas situaciones son tareas o actividades diarias que se han esquivado o resistido con temor a causa de las sensaciones asociadas. A partir de estas actividades se elabora una jerarquía en función del nivel de ansiedad subjetivo, afrontándose con respiración profunda y reestructuración cognitiva (Craske y Lewin, 2002). El componente final abarca el análisis

de las ganancias, el sostenimiento y la prevención de recaídas, incluye la evaluación de la mejora, la experiencia de cómo estructurar la práctica continua, las formas de mantener el progreso, la instauración de objetivos a largo plazo y cómo gestionar las circunstancias de alto riesgo y los contratiempos (Barlow y Craske, 2015).

Adicionalmente a estos componentes principales para el tratamiento de trastorno de pánico, se describen a continuación algunas técnicas que han sido utilizadas en el presente estudio. Técnica de relajación: La relajación posee como fin disminuir el estado de activación fisiológica, proporcionando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. Sus consecuencias, por lo tanto, no conciernen sólo a una exclusiva dimensión fisiológica, sino que también repercuten a procesos emocionales, cognitivos y conductuales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Relajación muscular progresiva: Técnica expuesta por Jacobson (1938), que trata en realizar que la persona sea capaz de reconocer el estado de tensión de cada parte de su cuerpo mediante ejercicios físicos de tensión - relajación de sus músculos. Luego al identificar tensión en zonas específicas iniciará los recursos asimilados para destensar dichas zonas (Labrador, 1993).

Reestructuración cognitiva: La reestructuración cognitiva se concentra en la identificación y modificación de las ideas irracionales y autoenunciados o cogniciones punitivas del cliente. Esta reestructuración se realiza a través de seis componentes: explicación (de los objetivos y revisión del procedimiento), reconocimiento de los

pensamientos del cliente durante las situaciones de problema, inclusión y práctica de los pensamientos de manejo, reemplazo de los pensamientos autopunitivos por pensamientos de manejo, introducción y uso de autoenunciados positivos o reforzantes, y tareas para casa y seguimiento (Cormier y Cormier, 2000).

Terapia Racional Emotiva: Dryden y DiGiusseppe (1990) definen a la terapia racional emotivo conductual como un planteamiento estructurado para la resolución de problemas emocionales en el cual el terapeuta adopta una aproximación activa-directiva en el momento de ayudar a los clientes a resolver sus problemas. La terapia es de naturaleza multimodal, en representación de que el terapeuta utiliza y estimula a los clientes para que estos empleen una amplia diversidad de técnicas cognitivas, en imaginación, conductuales, o emotivas y evocadoras que faciliten el cambio emocional.

Modelamiento: El modelamiento, o aprendizaje vicario, se refiere a la instrucción que se logra al observar la realización de alguien que participa en las conductas que se desean incrementar. A través de la observación, los clientes obtienen las respuestas deseadas sin llevarlas a cabo. Si se incluye el modelamiento como un método con base cognoscitiva, tiene mucho que ver con la interpretación de la forma en que el modelamiento conlleva al cambio terapéutico (Kazdin, 1996).

Dentro de los tipos de modelamiento o modelado, se encuentra el modelado en vivo, el cual Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) lo definen como: “La exposición al objeto temido, actividad o conducta a aprender la lleva a cabo el modelo o modelos en presencia del

observador” (p.288).

Ensayo conductual: El ensayo conductual es un componente común y fundamental del programa de entrenamiento en habilidades sociales. Tiene como objetivo que el paciente tenga la ocasión de practicar y ensayar de forma repetida las conductas apropiadas hasta alcanzar un nivel de realización adecuado. Con esta técnica se pretende contribuir a que el sujeto adquiera las conductas que no poseía, y que afiance, perfeccione y acrecienta las conductas que ya poseía y conocía, de forma que se sienta cómodo con ellas y pueda utilizarlas como un comportamiento habitual (Gil, 1993).

Feedback o retroalimentación: Miltenberger (2013) afirma que el feedback o retroalimentación comprende el elogio u otros reforzadores por la correcta realización del ensayo conductual; y que, de acuerdo a las situaciones, también puede basarse en la corrección de equivocaciones o en otorgar más instrucciones sobre cómo mejorar la ejecución. Adicionalmente, el feedback que es más apropiado ejecutar después de la realización de la conducta es en primer lugar el positivo y posteriormente el correctivo, en el que se indican los aspectos a mejorar de la conducta elaborada (Vila y Fernández-Santaella, 2004).

Reforzamiento positivo: Miltenberger (2013) afirma que el reforzamiento es un proceso que tiene como elementos: a) el acontecer de un comportamiento específico, b) la ocurrencia de un consecuente inmediatamente posterior a dicho comportamiento, c) la consolidación de la conducta, o sea, el sujeto tiene una mayor probabilidad de ejecutar esa

conducta en el futuro. Volviendo al punto, el reforzamiento positivo está relacionado al reforzador positivo, es decir, a un acontecimiento que, presentado inmediatamente después de una conducta, ocasiona que la frecuencia o la posibilidad de que suceda la conducta incrementen. El término reforzador positivo, en términos generales, viene a ser sinónimo de premio o recompensa. Al establecerse que un evento funciona como reforzador positivo para una persona concreta en una situación determinada, puede usarse para fortalecer otros comportamientos de esa misma persona en otras situaciones (Martin y Pear, 2008).

Autorregistro: Es la técnica que consiste en la observación y anotación de la propia conducta. Caro (2009) afirma que esta técnica se refiere a dos aspectos, el primero es cuando el paciente se auto-observa y ve cómo está poniendo en práctica la solución y el resultado de esta solución. El segundo, compromete al registro o medición de la actuación y de su consecuencia.

Psicoeducación en prevención de recaídas: Martin y Pear (2008) afirman que se denomina recaída a incurrir en la conducta no deseada y situarla a un nivel similar al alcanzado antes de iniciar el programa de tratamiento. Declaran además que para evitar las recaídas conlleva conocer sus posibles causas y adoptar las medidas necesarias para disminuir su efecto. Estos autores mencionan que las estrategias para prevenir las recaídas y mantener las ganancias a largo plazo implican tres factores previamente: situaciones (contratiempos evitables, contratiempos inevitables, reaccionar exageradamente frente a contratiempos ocasionales, verbalizaciones contraproducentes), respuestas (objetivo

impreciso, objetivo a largo plazo, intentar demasiado pronto) y consecuencias (incorporar recompensas cotidianas en el programa, consecuencias que sólo son significativas por acumulación, estrategias adicionales para mantener los logros).

En relación a lo descrito anteriormente, el paciente necesita saber que es esperable que su ritmo de mejoría no sea regular y que encuentre inconvenientes en su recuperación; estas situaciones de recaída deben conceptualizarse como una ocasión de aprendizaje y no como un fracaso (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). La idea básica en la prevención de recaídas es incrementar el nivel de eficacia del paciente, suscitando, por ejemplo, situaciones en sesión, donde el paciente pueda ensayar, en vivo o en imaginación, las habilidades aprendidas. En relación a esta herramienta, ayuda que el paciente entienda que la ansiedad le acompañará en mayor o menor medida a lo largo de toda la vida (Caro, 2009).

1.2.2.2 Variable dependiente: Trastorno de Pánico

Definiciones preliminares

Antes de la definición del trastorno de pánico, es importante diferenciar los términos miedo, angustia y ansiedad: El miedo es una reacción orgánica normal que nos avisa que algo está amenazando nuestra estabilidad biológica, psicológica o social. Nos prepara para una acción específica; combatir, quedarse quieto o huir del peligro si es posible... La angustia en cambio es una aflicción, congoja o malestar físico o moral. Un estado afectivo caracterizado por un sentimiento de temor indefinido. A diferencia del miedo, no hay una plena percepción de lo que es peligroso... En cambio, la ansiedad es la sensación que deviene

de la preparación mental para un peligro. Es un estado que se caracteriza por un aumento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del umbral adecuado. (Fiorio, 2012, p.19)

Crisis de pánico

Roca (2015) refiere que las crisis de pánico, ataques de pánico o crisis de angustia son eventos de ansiedad aguda, con temor o malestar intensos, que suelen manifestarse bruscamente y lograr su máxima expresión en los primeros 10 minutos. Así también, Clark y Beck (2012) afirman que: “las crisis de angustia son apariciones discretas de un miedo e incomodidad intensos que surgen repentinamente y van acompañados por una hiperactivación fisiológica transitoria” (p. 457). En esta misma línea, Sarason y Sarason (2006) mencionan que la crisis de pánico indica el abrupto estallido de una intensa ansiedad que aumenta al máximo, que se desata por la presencia de estímulos particulares o cogniciones acerca de ellos, o que sucede sin señales claras y es espontáneo e impredecible.

En la tabla 6 aparecen los síntomas, de los cuales la presencia de cuatro es suficiente para estar ante un ataque de pánico, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en la publicación de la última versión del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA 2014).

Tabla 6
Síntomas de un ataque de pánico según el DSM-V

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

- Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
 - Sudoración.
 - Temblor o sacudidas.
 - Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
 - Sensación de ahogo.
 - Dolor o molestias en el tórax.
 - Náuseas o malestar abdominal.
 - Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
 - Escalofríos o sensación de calor.
 - Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
 - Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
 - Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
 - Miedo a morir.
-

Trastorno de pánico

Enfocándonos en la definición de la variable dependiente de este trabajo académico, la Asociación de Psicólogos Americanos (APA) (2010) considera que: El trastorno de pánico implica sentimientos repentinos, intensos y no provocados de terror y pavor. Por lo general, las personas que tienen este trastorno desarrollan mucho miedo respecto a cuándo y cómo se producirá su próximo ataque de pánico, y en consecuencia a menudo limitan sus actividades.

Características clínicas del Trastorno de Pánico

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud en su undécima versión (CIE 10) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992), incluye al Trastorno de Pánico dentro de otros Trastornos de Ansiedad, donde señala que el síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. Menciona también pueden presentarse

síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

La CIE 10 determina que la característica esencial del trastorno es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables.

A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico. Para un diagnóstico definitivo, de acuerdo a las pautas del CIE 10, deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes: a) en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo; b) no deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles; c) en el período entre las crisis el individuo debe además estar

relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en la publicación de la última versión del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) (APA 2014) define al Trastorno de Pánico como ataques de pánico imprevistos recurrentes. Determina que un ataque de pánico es la aparición súbita (desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad) de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: a) palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca, b) sudoración, c) temblor o sacudidas, d) sensación de dificultad para respirar o de asfixia, e) sensación de ahogo, f) dolor o molestias en el tórax, g) náuseas o malestar abdominal, h) sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, i) escalofríos o sensación de calor, j) parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo), k) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo), l) miedo a perder el control o de “volverse loco”, m) miedo a morir.

El DSM-V señala también que al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes: a) inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”), b) un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

Menciona además que la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares). Asimismo, la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., 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).

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 13 y el 16% de la población general presentan al menos un ataque de pánico a lo largo de su vida (Wittchen y Essau, 1991). Así mismo, el trastorno de pánico afectó durante el año 2004 al 1.8% de los europeos de entre los 18 a 65 años de edad (Wittchen y Jacobi, 2005). En cuanto a América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (2013) revela que el trastorno por pánico tiene una prevalencia de 1,4% a lo largo de la vida, y la prevalencia a 12 meses es de 0,9 %.

En relación al Perú, el epidemiólogo Javier Saavedra et al. (2012) dirigió un estudio académico focalizándose en la población de la ciudad de Lima y el Callao. Se encontró que el trastorno de pánico obtuvo un 0.5% de prevalencia en las historias de vida de los trastornos mentales en adultos.

Modelos explicativos del trastorno de pánico

Modelo biológico

Con respecto al carácter biológico de los modelos explicativos, Stein, Jang y Livesley (1999) analizaron que es improbable que el TP tenga base hereditaria. Antes bien, sugirieron que podría haber factores de riesgo psicológicos como la sensibilidad a la ansiedad que pudieran transmitirse genéticamente. En contraposición, Barlow (2002) refiere que puede observarse en familias la tendencia al pánico y que tal vez ésta posea un factor genético. Pues ya anteriormente, Hettema, Neale, y Kendler (2001) consideraron un 10% más de riesgo de desarrollar trastorno de pánico (TP) en los hijos de los ya diagnosticados de TP comparado con el 2.1% de los hijos del grupo control. Por otra parte, de acuerdo a las estructuras anatómicas relacionadas con el miedo y la ansiedad, la amígdala es una de ellas a la que se ha relacionado estas conductas. Esta estructura coordina las respuestas cognitivas, afectivas, neuroendocrinas, cardiovasculares, respiratorias y músculo-esqueléticas involucradas en las respuestas de miedo y ansiedad (Davis, 1992). A su vez, Le Doux (1992) utilizó métodos directos de medición neuronal en la amígdala durante distintos estados conductuales, confirmando que esta estructura ayuda a definir la respuesta emocional a los estímulos sensoriales.

El locus coeruleus (LC) es otra de las estructuras anatómicas implicadas con el miedo y la ansiedad, puesto que su estimulación eléctrica produce conductas de miedo en monos (Redmond, Huang, Snyder y Maas, 1976), entretanto que exhibir a gatos a situaciones amenazadoras genera un incremento en la tasa de disparo de las neuronas de este núcleo troncoencefálico (Abercrombie y Jacobs, 1987).

Continuando con otras áreas cerebrales, a las que se les relaciona con las conductas de miedo y ansiedad, tenemos al tálamo (una terminal de cambio que enviaría los estímulos del ambiente hacia la corteza sensorial y la amígdala), al hipotálamo (intermediaria entre la actividad neuroendocrina relacionada con el estrés y la función del sistema nervioso simpático), al hipocampo, corteza límbica y a la corteza orbitofrontal (que podrían trabajar como un sistema que, junto con la amígdala, propiciara la captación de atribuciones cognitivas adaptativas o desadaptativas acerca de los estímulos amenazantes) y la sustancia gris periacueductal (Goddard y Charney, 1997). Esta última zona puede resultar especialmente notable para el trastorno por pánico, puesto que su estimulación eléctrica en animales y humanos produce un estado semejante a los ataques de pánico y ha sido sugerida como un modelo de laboratorio para este trastorno (Jenke, Moreau y Martin, 1995).

Modelo psicológico

Modelo cognitivo de Clark y Salkovskis (1987)

El modelo explica que inicialmente hay un desencadenante, que habitualmente comprende la percepción de un cambio en las sensaciones físicas. Estos cambios fisiológicos son percibidos como una amenaza y, como consecuencia, el sujeto entra en un estado de aprensión o miedo. Este estado de aprensión o miedo provoca un aumento de las sensaciones corporales que serán entonces interpretadas catastróficamente. El grado de amenaza percibida aumenta y el ciclo continúa hasta que se produce un gran incremento de ansiedad, que a su vez produce un acrecentamiento de las sensaciones corporales, y así sucesivamente hasta formar un círculo vicioso que finaliza con un ataque de pánico (ver figura 1), (Clark y Salkovskis (1987).

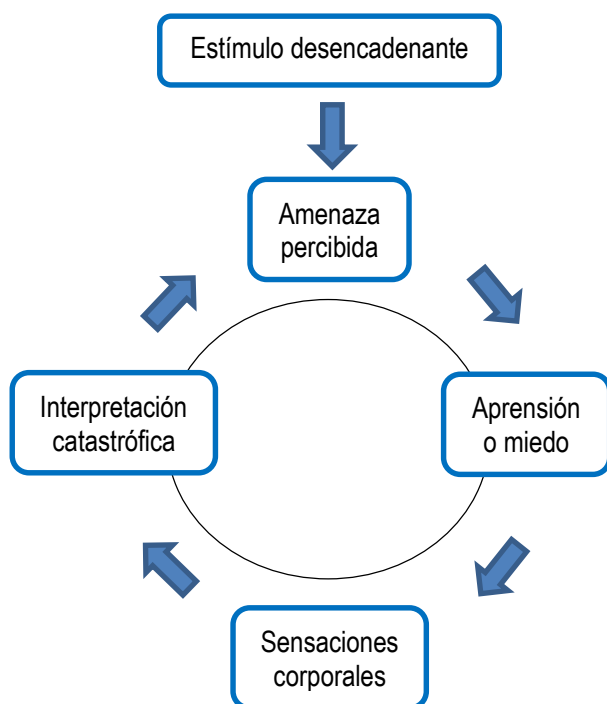


Figura 1. Modelo cognitivo de Clark y Salkovskis (1987)

Modelo cognitivo de Beck (1988)

Los ataques de pánico son una respuesta inmediata de miedo y, en consecuencia, los procesos de origen psicológico primarios responsables de la aparición y persistencia del pánico ocurren en la Fase I del modelo cognitivo (modo primitivo: activación de esquemas de amenaza fisiológicos o mentales). Los procesos cognitivos claves del pánico suceden, por lo tanto, a un nivel automático de activación. Los procesos de la Fase II, que simbolizan los esfuerzos intencionados y elaborativos de afrontar el aumento de ansiedad y la anticipación de la angustia, son elementos cooperadores secundarios a la persistencia del trastorno. Por lo tanto, los individuos predispuestos al pánico se inclinan a atender selectivamente más a los procesos internos corporales o mentales. Son hipervigilantes hacia la experiencia de estas sensaciones y están muy atentos a cualquier cambio que se produzca en su funcionamiento, que es normal (ver figura 2), (Beck, 1988), (Clark y Beck, 2012).

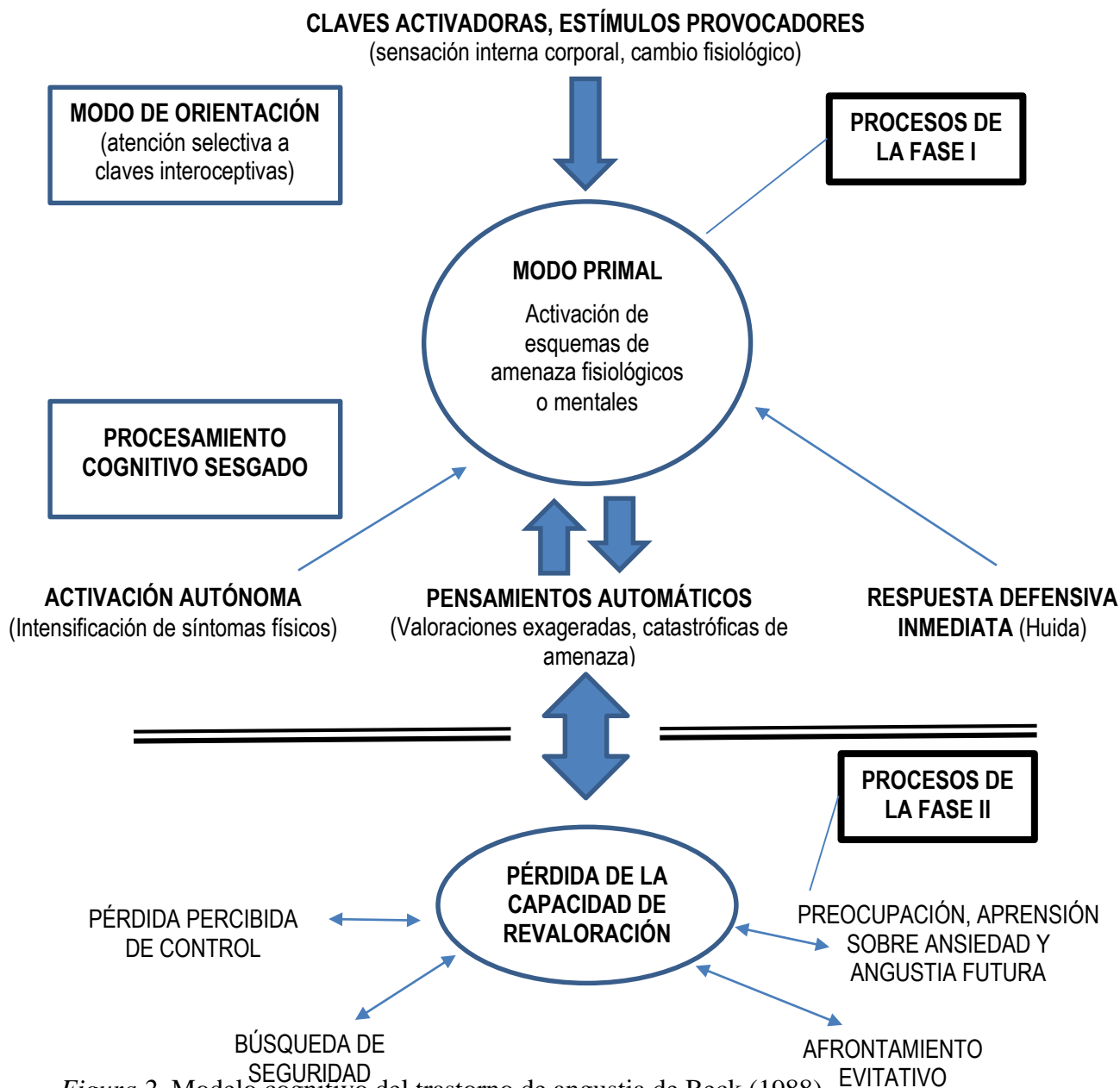


Figura 2. Modelo cognitivo del trastorno de angustia de Beck (1988)

Modelo integrador de Barlow y Durand (2003)

La tendencia a estar nerviosos o muy tensos podría ser hereditaria (vulnerabilidad biológica). Tal vez un sujeto haya crecido con el concepto de que el mundo no es controlable y que no podría ser capaz de afrontarlo cuando empeoren las cosas. Si esta idea es fuerte, se

interpreta como vulnerabilidad psicológica a la ansiedad. Es posible también, que una persona se encuentre tensionada debido a estresores interpersonales, ocasionado que experimente ataques de pánico inesperados. Estos ataques de pánico en personas con vulnerabilidad psicológica ocasionarán que desarrollen ansiedad focalizada en la probabilidad de tener otro ataque en el futuro, y estarán demasiado vigilantes en relación a síntomas físicos que les anuncien el comienzo del próximo ataque, creando falsas alarmas (se producen en situaciones en las que no hay peligro). Estas alarmas falsas pueden condicionarse con estímulos fisiológicos internos generando el condicionamiento interoceptivo y, por ende, alarmas aprendidas. Cuando estas alarmas aprendidas se asocian con determinadas situaciones, incrementará la probabilidad de responder con huida en busca de protección (conducta de evitación a través del reforzamiento negativo), pudiendo originarse la agorafobia (ver figura 3), (Barlow, 1988), (Barlow y Durand, 2003).

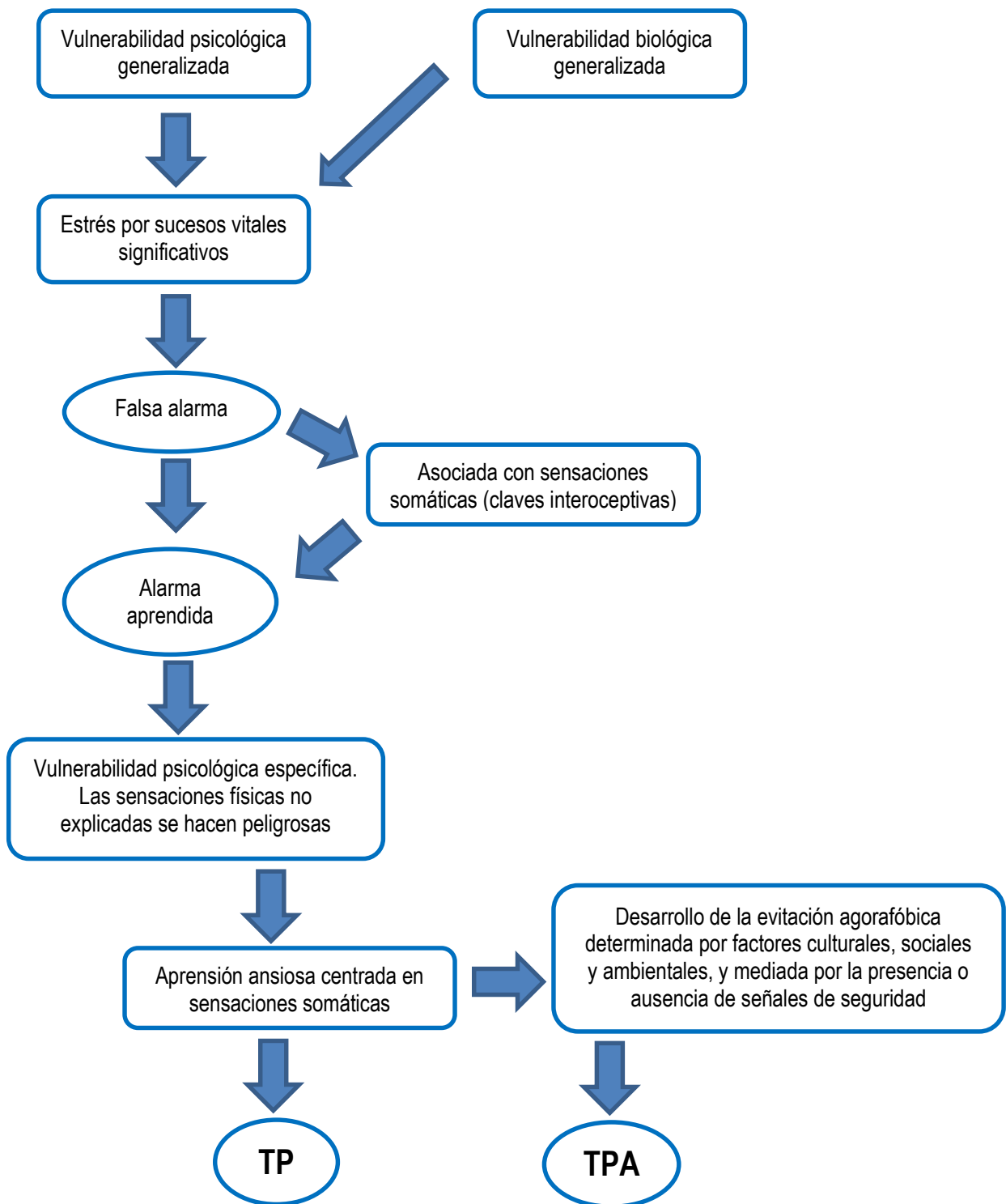


Figura 3. Modelo integral de Barlow (adaptado por Barlow y Durand, 2003)

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Reducir los ataques de pánico y mejorar el estado emocional del paciente.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Disminuir la sintomatología fisiológica de los ataques de pánico.
2. Modificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales.
3. Minimizar las interpretaciones catastróficas de la activación.
4. Limitar la evitación de actividades específicas que le incrementan las sensaciones fisiológicas.
5. Incrementar su repertorio conductual en habilidades sociales.

1.4 Justificación

La presente investigación es importante ya que explora el trastorno de pánico para sumar a las investigaciones que se realicen sobre el tema. De esta forma se reconoce que este trastorno genera consecuencias que avanzan en el tiempo, afectando la calidad de vida de los pacientes. La finalidad de esta investigación es presentar un caso real de una persona afectada por este trastorno e identificar los pasos terapéuticos desde el enfoque cognitivo conductual que puedan contribuir a su tratamiento y mejoría. A través de este estudio, se hallarán conclusiones de gran importancia para que los psicólogos puedan utilizarlas en la mejora de la salud mental de sus pacientes, puesto que este modelo de terapia utilizado en el caso posee evidencia científica de eficacia clínica. Y así poder brindar un servicio psicológico de calidad a los pobladores de la región Piura, donde los problemas de salud mental van en aumento, de acuerdo a lo que observamos diariamente en los

medios de comunicación escritos y audiovisuales. La información obtenida a través de este trabajo de investigación servirá para apoyar a las terapias cognitivas conductuales, enfocadas en el tratamiento de esta patología, y a sus respectivos autores. Por todo lo anterior, se considera que esta investigación ofrece un aporte teórico y práctico para las futuras investigaciones que se realicen sobre el tema, permitiendo ampliar los conocimientos sobre el trastorno de pánico, además de ofrecer herramientas sobre la intervención clínica del trastorno.

1.5 Impactos esperados del proyecto

El presente estudio de caso permitirá fortalecer las capacidades de recogida y análisis de los indicadores del resultado del trabajo terapéutico con miras a mejorar la toma de decisiones en los psicólogos especializados en el área clínica, permitiéndoles una mayor eficacia en sus intervenciones destinadas a la mejora de la salud mental de los pacientes. A través de esta investigación, se espera impulsar un marco de investigación que evidencie la problemática del trastorno de pánico de manera interdisciplinaria y con metodologías epistemológicamente diversas. Asimismo, brindar iniciativas de investigación evaluativa sobre la efectividad de la intervención cognitivo conductual en esta psicopatología que pertenece a los trastornos de ansiedad. Finalmente, este proyecto ayudará a brindar información con rigor científico a cualquier ser humano (paciente y o familiares) sobre un problema que afecta a millones de personas en el mundo, llamado trastorno de pánico; para que así puedan iniciar la búsqueda de ayuda oportuna en la solución de sus problemas de salud mental.

II. Metodología

Metodología

Investigación experimental Aplicada (Kerlinger, 1975), con diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El presente trabajo se incluye dentro de los estudios experimentales en los que un solo individuo es el propio control. Ya que los experimentos manipulan tratamientos o intervenciones (denominadas variables independientes, en este caso intervención cognitivo conductual) para observar sus efectos sobre otras variables (las dependientes, en este caso el trastorno de pánico) en una situación de control. (Íbid., p. 129)

2.1 Informe de cada uno de los instrumentos aplicados

Informe del Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)

Datos de Filiación

Nombres y apellidos	: Juan
Edad	: 39 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Pariñas, 11 de octubre de 1979
Estado civil	: Casado
Grado de instrucción	: Superior Técnico completo
Religión	: Católico
Lugar de entrevista	: Consultorio psicológico
Psicólogo	: Miguel Angel Gonzales Moreno

Instrumento aplicado

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)

Resultados

Tabla 7

Resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)

Puntaje	Nivel de ansiedad
Puntaje 64	Nivel alto de ansiedad estado
Puntaje 48	Nivel alto de ansiedad rasgo

Interpretación de los resultados

Los puntajes obtenidos en el inventario de ansiedad rasgo y estado (IDARE) ubican al evaluado en nivel alto de ansiedad rasgo, lo que indica que es más propenso, ante situaciones de estrés, a tener una evaluación alta en ansiedad como estado. Así también, los puntajes obtenidos ubican al examinado en nivel alto de ansiedad estado, lo que indica que en el momento de la evaluación se encontraba con ansiedad en un nivel alto.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Se recomienda iniciar un tratamiento especializado para disminuir los niveles de ansiedad.

Informe del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Datos de Filiación

Nombres y apellidos : Juan
 Edad : 39 años
 Lugar y fecha de nacimiento : Pariñas, 11 de octubre de 1979
 Estado civil : Casado
 Grado de instrucción : Superior Técnico completo

Religión : Católico

Lugar de entrevista : Consultorio psicológico

Psicólogo : Miguel Angel Gonzales Moreno

Instrumento aplicado

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Resultados

Tabla 8

Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Puntaje	Nivel de ansiedad
Puntaje 30	Nivel severo de ansiedad

Interpretación de los resultados

Los puntajes obtenidos en el inventario de ansiedad de Beck (BAI) ubican al evaluado en nivel severo de ansiedad, lo que indica que, en la última semana, así como el día mismo de la evaluación, el evaluado obtuvo un nivel de ansiedad severa.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Se recomienda iniciar un tratamiento especializado para disminuir los niveles de ansiedad.

Informe del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos

Datos de Filiación

Nombres y apellidos : Juan

Edad : 39 años

Lugar y fecha de nacimiento : Pariñas, 11 de octubre de 1979

Estado civil	: Casado
Grado de instrucción	: Superior Técnico completo
Religión	: Católico
Lugar de entrevista	: Consultorio psicológico
Psicólogo	: Miguel Angel Gonzales Moreno

Instrumento aplicado

Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos

Resultados

Tabla 9

Resultados del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos

Dimensión	Puntaje	Descripción
Dimensión de veracidad "L"	Puntaje 0	Alto grado de veracidad
Dimensión Introversión - Extroversión "E"	Puntaje 16	Tendiente a la extroversión
Dimensión Neuroticismo "N"	Puntaje 14	Tendiente a inestable

Interpretación de los resultados

Los puntajes obtenidos en el inventario de personalidad Eysenck forma B - para adultos ubican al evaluado en un tipo temperamental "Colérico", que lo describe como una persona que presenta sus procesos neurodinámicos muy fuertes, con un cierto desequilibrio entre inhibición y excitación. Tiende a ser un sujeto sensible, intranquilo, agresivo, excitable, inconstante, impulsivo, optimista y activo. Prefiere más actuar que pensar, anhela situaciones y es mudable. Así también, se inclina por ser una persona ansiosa, tensa y con una emotividad intensa.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Se recomienda que Juan participe en un tratamiento especializado que incluya control de impulsos y disminución de los niveles de ansiedad, a través de técnicas cognitivo conductuales.

Informe del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)**Datos de Filiación**

Nombres y apellidos : Juan
Edad : 39 años
Lugar y fecha de nacimiento : Pariñas, 11 de octubre de 1979
Estado civil : Casado
Grado de instrucción : Superior Técnico completo
Religión : Católico
Lugar de entrevista : Consultorio psicológico
Psicólogo : Miguel Angel Gonzales Moreno

Instrumento aplicado

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

Resultados

Tabla 10

Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

Pensamiento automático	Puntaje	Indicador
Falacia de recompensa divina	8	Produce sufrimiento emocional
Falacia de razón	8	Produce sufrimiento emocional
Falacia de cambio	8	Produce sufrimiento emocional
Filtraje	7	Produce sufrimiento emocional
Falacia de justicia	6	Produce sufrimiento emocional
Interpretación del pensamiento	6	Produce sufrimiento emocional
Visión catastrófica	6	Produce sufrimiento emocional

Interpretación de los resultados

Los puntajes obtenidos en el inventario de pensamientos automáticos identifican una serie de pensamientos automáticos en el examinado, los cuales le generan sufrimiento emocional. Dentro de estos pensamientos automáticos tenemos a falacia de recompensa divina, que es esperar cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación desplegados en su vida, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. También se encuentra la falacia de razón, por lo cual continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Otro pensamiento automático del examinado es falacia de cambio, es decir, vive esperando que los demás cambien para después cambiar él. Así también, otro es filtraje, en el cual su pensamiento gira en torno a sus experiencias negativas, filtrando (como por una coladera) o no tomando en cuenta sus experiencias positivas.

Está presente en el evaluado otro pensamiento automático que es falacia de justicia, por el cual piensa que todos deben recibir justicia por igual. Asimismo, interpretación del

pensamiento es otra cognición que posee el examinado, la cual le ocasiona malestar a partir de especular, suponer o fantasear sobre lo que piensan los demás de él. Y finalmente, aunque no menos importante, el evaluado presenta el pensamiento automático visión catastrófica, ocasionando que viva con ansiedad porque espera un desastre, espera lo peor de una situación que realmente no lo amerita.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Se recomienda realizar una terapia cognitiva con el objetivo de reestructurar los pensamientos automáticos que presenta el examinado y que mantienen su conducta ansiosa.

Informe del Inventario de Registro de Opiniones Forma A (Davis, Mckay, Eshelman, 1982)

Datos de Filiación

Nombres y apellidos	: Juan
Edad	: 39 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Pariñas, 11 de octubre de 1979
Estado civil	: Casado
Grado de instrucción	: Superior Técnico completo
Religión	: Católico
Lugar de entrevista	: Consultorio psicológico
Psicólogo	: Miguel Angel Gonzales Moreno

Instrumento aplicado

Inventario de Registro de Opiniones Forma A (Davis, Mckay, Eshelman, 1982), validado para el Perú en el 2009 por Percy Guzmán.

Resultados

Tabla 11

Resultados del Inventario de Registro de Opiniones Forma A (Davis, Mckay, Eshelman, 1982), validado para el Perú en el 2009 por Percy Guzmán

Escala	Creencia irracional	Racional	Tendencia racional	Tendencia irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3 1	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10 8
C	Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10 9
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3 3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4 4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4 4	5-10

Interpretación de los resultados

Los puntajes obtenidos en el Inventario de Registro de Opiniones Forma A identifican una serie de creencias irracionales en el examinado, los cuales le generan malestar interno mayor. Dentro de estas creencias irracionales tenemos a “debemos ser absolutamente

competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, la cual tiene categoría irracional. Esta creencia genera como resultado los autorreproches ante el fallo inevitable, aplicación de patrones perfeccionistas al cónyuge y a los amigos. Otra creencia irracional que se observa es “ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada”, la cual tiene categoría irracional. Esta creencia, que lleva a culpabilizar a los demás, genera rabia y hostilidad, conllevando a un conflicto personal y/o social.

El evaluado presenta una creencia irracional más de categoría tendencia irracional, que es “la infelicidad humana es causada por los hechos externos, es impuesta por la gente y los acontecimientos”. El resultado de esta creencia es la sensación de infelicidad y una ansiedad crónica, dado que ese control es limitado y que no se puede manipular los deseos de los demás.

Por último, el examinado presenta otra creencia irracional de categoría tendencia irracional, que es “si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”. La consecuencia de esta creencia es que el pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realizar el esfuerzo personal requerido.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Se recomienda entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar las creencias irracionales del evaluado por otras más racionales.

Informe de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales (Goldstein, 1978)

Datos de Filiación

Nombres y apellidos	: Juan
Edad	: 39 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Pariñas, 11 de octubre de 1979
Estado civil	: Casado
Grado de instrucción	: Superior Técnico completo
Religión	: Católico
Lugar de entrevista	: Consultorio psicológico
Psicólogo	: Miguel Angel Gonzales Moreno

Instrumento aplicado

Lista de Chequeo de Habilidades Sociales (Goldstein, 1978), adaptada para el Perú entre 1994-95 por Ambrosio Tomás.

Resultados

Tabla 12

Resultados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales (Goldstein, 1978), adaptada para el Perú entre 1994-95 por Ambrosio Tomás

Grupo	Habilidades Sociales	Puntaje	Indicador	Indicador por grupo
I: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES	1.- Escuchar	4	Normal	
	2.- Iniciar una conversación	4	Normal	
	3.- Mantener una conversación	4	Normal	Normal
	4.- Formular una pregunta	4	Normal	
	5.- Dar las "gracias"	4	Normal	
	6.- Presentarse	3	Normal	
	7.- Presentar a otras personas	3	Normal	

II. HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS	8.- Hacer un cumplido	3	Normal	Normal
	9.- Pedir ayuda	4	Normal	
	10.- Participar	3	Normal	
	11.- Dar instrucciones	3	Normal	
	12.- Seguir instrucciones	3	Normal	
	13.- Disculpase	3	Normal	
III. HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS	14.- Convencer a los demás	3	Normal	Bajo
	15.- Conocer los propios sentimientos	3	Normal	
	16.- Expresar los sentimientos	3	Normal	
	17.- Comprender los sentimientos de los demás	2	Déficit	
	18.- Enfrentarse con el enfado de otro	2	Déficit	
	19.- Expresar afecto	2	Déficit	
IV: HABILIDADES ALTERNATIVAS	20.- Resolver el miedo	3	Normal	Bajo
	21.- Autorrecompensarse	3	Normal	
	22.- Pedir permiso	4	Normal	
	23.- Compartir algo	3	Normal	
	24.- Ayudar a los demás	3	Normal	
	25.- Negociar	3	Normal	
	26.- Emplear el autocontrol	2	Déficit	
	27.- Defender los propios derechos	4	Normal	
V: HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS	28.- Responder a las bromas	2	Déficit	Normal
	29.- Evitar los problemas con los demás	3	Normal	
	30.- No entrar en peleas	3	Normal	
	31.- Formular una queja	2	Déficit	
	32.- Responder a una queja	3	Normal	
	33.- Demostrar deportividad después de un juego	3	Normal	
	34.- Resolver la vergüenza	3	Normal	
	35.- Arreglárselas cuando le dejan de lado	3	Normal	
	36.- Defender a un amigo	4	Normal	
	37.- Responder a la persuasión	4	Normal	
	38.- Responder al fracaso	4	Normal	
39.- Enfrentarse a los mensajes contradictorios	3	Normal		
40.- Responder a una acusación	3	Normal		
41.- Prepararse para una conversación difícil	2	Déficit		

VI: HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN	42.- Hacer frente a las presiones del grupo	4	Normal	
	43.- Tomar iniciativas	4	Normal	
	44.- Discernir sobre la causa de un problema	3	Normal	
	45.- Establecer un objetivo	3	Normal	
	46.- Determinar las propias habilidades	3	Normal	Normal
	47.- Recoger información	3	Normal	
	48.- Resolver los problemas según su importancia	3	Normal	
	49.- Tomar una decisión	4	Normal	
	50.- Concentrarse en una tarea	4	Normal	

Interpretación de los resultados

Los puntajes obtenidos en la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales demuestran que el evaluado presenta un bajo nivel de Habilidades Sociales en los grupos III (Habilidades relacionadas con los sentimientos) y IV (Habilidades alternativas), sin embargo, en los grupos I (Primeras habilidades sociales), II (Habilidades sociales avanzadas), V (Habilidades para hacer frente al estrés) y VI (Habilidades de planificación) presenta un normal nivel de habilidades sociales. Así también, de las 50 habilidades que recoge esta lista de chequeos, el examinado evidencia un nivel normal en 39 de estas habilidades, y un nivel de déficit en 7 de éstas; siendo tales: Comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar afecto, emplear el autocontrol, responder a las bromas, formular una queja, y prepararse para una conversación difícil.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Entrenamiento en habilidades sociales que se encuentran en nivel bajo y de déficit.

Informe del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

Datos de Filiación

Nombres y apellidos	: Juan
Edad	: 39 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Pariñas, 11 de octubre de 1979
Estado civil	: Casado
Grado de instrucción	: Superior Técnico completo
Religión	: Católico
Lugar de entrevista	: Consultorio psicológico
Psicólogo	: Miguel Angel Gonzales Moreno

Instrumento aplicado

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot (1997)

Resultados

Tabla 13

Resultados del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot (1997)

Primera Sección: Características relacionadas con los Ataques de Pánico (AP)			
Dimensiones		Frecuencia	Intensidad
Ataques de pánico (AP) en su vida		10 o más	
	Miedo		Bastante
	Molestia o malestar		Mucha
Síntomas	Latidos fuertes o rápidos del corazón		Muchísima
	Sudores		Bastante
	Temblores o sacudidas de brazos o		Bastante

	piernas		
	Sensaciones de falta de aire, ahogo o asfixia		Mucha
	Dolor o molestias en el pecho		Bastante
	Vértigos, mareos o sensación de inestabilidad		Bastante
	Miedo a perder el control		Mucha
	Miedo a volverse loco		Mucha
	Miedo a morir		Mucha
	Hormigueo o adormecimiento en cara, manos o pies		Bastante
Edad de comienzo			38 años
AP en el último año			10 o más
AP en el último mes			8
Último AP			Hace 6 días
AP inesperados			Muchas
AP esperados			Pocos
Gravedad de AP			Mucha
Nivel de confianza para evitar el AP			Poco
Nivel de confianza para controlar el AP			Poco
Tiempo para alcanzar la respuesta máxima de los síntomas			Entre 0 y 10 minutos
Duración de AP			Entre 10 minutos y media hora
	Que tendrá un ataque al corazón	Casi siempre	
	Que se desmayará	Varias veces	
	Que su mente no funciona bien	Casi siempre	
	Que no podrá respirar y se asfixiará	Casi siempre	
Pensamientos durante el ataque de pánico	Que será una situación embarazosa	Varias veces	
	Que no podrá pensar o razonar	Casi siempre	
	Que le ocurrirá algo malo en la cabeza	Varias veces	
	Que llamará la atención o hará el ridículo	Varias veces	
	Que se bloqueará mentalmente	Casi siempre	
	Que necesitará ayuda	Casi siempre	

Que no podrá controlarse	Casi siempre
Que no puede evitarlo	Casi siempre

Segunda sección: Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Pánico (TP)

Dimensiones	Respuesta
Preocupación o miedo a otros posibles AP	Mucho
Preocupación por las consecuencias del AP	Mucho
Perturbación en la vida del individuo	Mucho

Tercera sección: Nivel de interferencia laboral, social y familiar

Dimensiones	Respuesta
Afectación negativa de los AP en sus actividades laborales	Bastante
Afectación negativa de los AP en sus relaciones sociales	Mucho
Afectación negativa de los AP en sus relaciones familiares	Mucho

Cuarta sección: Evitación de actividades

Dimensiones	Frecuencia	Respuesta
Hacer deporte	Lo evito siempre	
Tomar café	Lo evito siempre	
Ver ciertas películas	Lo evito casi siempre	
Bailar	Lo evito bastantes veces	
Hacer gimnasia	Lo evito siempre	
Discutir	Lo evito bastantes veces	
Sitios calientes y poco ventilados	Lo evito casi siempre	
Tomar bebidas estimulantes	Lo evito bastantes veces	
Nivel de interferencia en la vida por evitar o dejar de hacer estas cosas cotidianas		Mucho

Quinta sección: Agorafobia

Dimensiones	Miedo o ansiedad que siente	Cuánto suele evitarlo	Respuesta
Situaciones o lugares	Hospitales	Poco	Poco
	Centros comerciales	Nada	Nada

	Restaurantes	Nada	Nada
	Estadios de fútbol	Poco	Poco
	Iglesias	Nada	Nada
	Viajar en avión	Poco	Poco
	Tomar el autobús	Nada	Nada
	Estar solo en casa	Bastante	Bastante
	Lugares altos	Poco	Poco
	Estar lejos de casa	Poco	Poco
	Hacer cola	Poco	Poco
	Estar entre mucha gente	Poco	Poco
Por el hecho de evitar o sentirse mal en estos sitios	Afectación negativa en sus actividades laborales		Poco
	Afectación negativa en sus relaciones sociales		Poco
	Afectación negativa en sus relaciones familiares		Poco

Sexta sección: Aspectos que han sido relacionados con la experiencia de los ataques de pánico

Dimensiones	Respuesta
Padres separados o divorciados	No
Estado civil	Casado hace 4 años
Familiares próximos fallecidos recientemente	Sí, hace 4 años
Cambio reciente de trabajo	No
Enfermedad grave reciente	No
Enfermedad grave de algún familiar	No
Sucesos estresantes importantes	Fuerte discusión con su esposa hace 4 meses Vivir en el segundo piso en casa de sus suegros desde hace 4 años Muerte de primera hija antes de nacer hace 4 años Maltrato durante la infancia hace 34 años Violencia familiar, del padre hacia la madre, hace 35 años
Algún familiar que haya sufrido ataques de pánico	Ninguno

Interpretación de los resultados

Los resultados obtenidos en el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) con respecto a

la primera sección evidencian que el evaluado ha tenido 10 a más ataques de pánico en su vida, su edad de comienzo ha sido a los 38 años, el tiempo para alcanzar la respuesta máxima de los síntomas es entre 0 y 10 minutos, la duración de los ataques de pánico es entre 10 minutos y media hora, presenta más tipos de pánico inesperados, demuestra poco nivel de expectativa de autoeficacia. Así también, los principales síntomas que señala son miedo, molestia o malestar, latidos fuertes o rápidos del corazón, sudores, temblores o sacudidas de brazos o piernas, sensaciones de falta de aire, ahogo o asfixia, dolor o molestias en el pecho, vértigos, mareos o sensación de inestabilidad, miedo a perder el control, miedo a volverse loco, miedo a morir, hormigueo o adormecimiento en cara, manos o pies. Y las principales interpretaciones catastrofistas que evidencia son que tendrá un ataque al corazón, que se desmayará, que su mente no funciona bien, que no podrá respirar y se asfixiará, que será una situación embarazosa, que no podrá pensar o razonar, que le ocurrirá algo malo en la cabeza, que llamará la atención o hará el ridículo, que se bloqueará mentalmente, que necesitará ayuda, que no podrá controlarse, que no podrá evitarlo.

En relación a los resultados en la segunda sección, el evaluado denota mucha preocupación o miedo a otros posibles ataques de pánico, mucha preocupación por las consecuencias de los ataques de pánico y mucha perturbación en sus aspectos vitales. En cuanto a lo obtenido en la tercera sección del cuestionario, el paciente demuestra bastante afectación negativa de los ataques de pánico en sus actividades laborales, mucha afectación negativa de los ataques de pánico en sus relaciones sociales, y mucha afectación negativa de los ataques de pánico en sus relaciones familiares. Siguiendo con la cuarta sección, el examinado evita las siguientes actividades: hacer deporte, tomar café, ver ciertas películas, bailar, hacer gimnasia, discutir,

sitios calientes y poco ventilados, y tomar bebidas estimulantes. Así mismo, evitar o dejar de hacer estas actividades interfieren mucho en su vida laboral, social y familiar.

En lo que respecta a la quinta sección del cuestionario, de acuerdo a los resultados, el paciente no presenta agorafobia. Y por el hecho de evitar o sentirse mal en estos sitios, su nivel de interferencia laboral, social y familiar es poco. Finalmente, de acuerdo a las respuestas de la sexta sección, sí se evidencian aspectos que han sido relacionados con la experiencia de los ataques de pánico, como: fuerte discusión con su esposa hace 4 meses, vivir en el segundo piso en casa de sus suegros desde hace 4 años, muerte de primera hija antes de nacer hace 4 años, maltrato durante la infancia hace 34 años, y violencia familiar, del padre hacia la madre, hace 35 años. Por lo tanto, en relación a las respuestas del cuestionario administrado, se confirma el cuadro clínico de Trastorno de Pánico.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Se recomienda iniciar un programa de tratamiento cognitivo conductual para disminuir el Trastorno de Pánico.

2.2 Informe psicológico integrado

Datos de Filiación

Nombres y apellidos	: Juan
Edad	: 39 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Pariñas, 11 de octubre de 1979
Estado civil	: Casado

Grado de instrucción	: Superior Técnico completo
Religión	: Católico
Lugar de entrevista	: Consultorio psicológico
Psicólogo	: Miguel Angel Gonzales Moreno

Instrumentos aplicados

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

Inventario de Registro de Opiniones Forma A (Davis, Mckay, Eshelman, 1982)

Lista de Chequeo de Habilidades Sociales (Goldstein, 1978)

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot (1997)

Interpretación de los resultados

Los resultados de los instrumentos aplicados indican que Juan es un adulto con un tipo temperamental “Colérico”, con un nivel alto de ansiedad - estado y ansiedad - rasgo. Así también, tiene siete distorsiones cognitivas que le ocasionan sufrimiento emocional (como: falacia de recompensa divina, falacia de razón, falacia de cambio, filtraje, falacia de justicia, interpretación del pensamiento, visión catastrófica). Y presenta cuatro creencias irracionales que le generan malestar interno mayor (Como: “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, “ciertos actos no solo son malos sino

que son condenables o viles y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada”, “la infelicidad humana es causada por los hechos externos, es impuesta por la gente y los acontecimientos”, “si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”).

Además, presenta un bajo nivel de Habilidades Sociales en el grupo III (Habilidades relacionadas con los sentimientos), en el grupo IV (Habilidades alternativas) y un nivel de déficit en 7 habilidades, tales como: Comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar afecto, emplear el autocontrol, responder a las bromas, formular una queja, y prepararse para una conversación difícil. Adicionalmente, el paciente presenta síntomas relacionados a trastorno de pánico como: miedo, molestia o malestar, latidos fuertes o rápidos del corazón, sudores, temblores o sacudidas de brazos o piernas, sensaciones de falta de aire, ahogo o asfixia, dolor o molestias en el pecho, vértigos, mareos o sensación de inestabilidad, miedo a perder el control, miedo a volverse loco, miedo a morir, hormigueo o adormecimiento en cara, manos o pies. Así como, interpretaciones catastrofistas, mucha preocupación o miedo a otros posibles ataques de pánico, a las consecuencias de los ataques de pánico y mucha perturbación en sus aspectos vitales. Demuestra también, bastante afectación negativa de los ataques de pánico en sus actividades laborales, y mucha afectación negativa de los ataques de pánico en sus relaciones sociales y en sus relaciones familiares. Además, evita las siguientes actividades: hacer deporte, tomar café, ver ciertas películas, bailar, hacer gimnasia, discutir, sitios calientes y poco ventilados, y tomar bebidas estimulantes. Así mismo, evitar o dejar de hacer estas actividades interfieren mucho en su vida laboral, social y familiar. Sin embargo, el paciente no presenta agorafobia. Pero, sí se evidencian aspectos que han sido relacionados con

la experiencia de los ataques de pánico, como: fuerte discusión con su esposa hace 4 meses, vivir en el segundo piso en casa de sus suegros desde hace 4 años, muerte de primera hija antes de nacer hace 4 años, maltrato durante la infancia hace 34 años, y violencia familiar, del padre hacia la madre, hace 35 años. Estos resultados se correlacionan con la historia clínica cognitivo conductual, donde a través de un curso progresivo se establece como conducta problema el trastorno de pánico.

Recomendaciones y/o Sugerencias

Se recomienda que Juan continúe con su tratamiento psiquiátrico y reciba un programa de tratamiento cognitivo conductual impartido por un profesional especializado.

2.3 Intervención psicológica

2.3.1 Establecimiento del repertorio de entrada

La línea base del evaluado presenta la conducta problema: Trastorno de Pánico.

2.3.2 Objetivo de la intervención

De acuerdo a la conducta problema presentada por el examinado, se formula el siguiente objetivo:

Reducir los ataques de pánico y mejorar el estado emocional del paciente.

2.3.3 Objetivos específicos

1. Disminuir la sintomatología fisiológica de los ataques de pánico.
2. Modificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales.
3. Minimizar las interpretaciones catastróficas de la activación.

4. Limitar la evitación de actividades específicas que le incrementan las sensaciones fisiológicas.
5. Incrementar su repertorio conductual en habilidades sociales.

2.3.4 Procedimiento

En el presente trabajo académico clínico, a través de la evaluación psicológica y el desarrollo de la historia clínica cognitivo conductual, el análisis funcional de los eventos antecedentes, respuestas y consecuentes de la conducta problema, se ha logrado elaborar un programa de tratamiento desde la perspectiva cognitivo conductual, seleccionando las técnicas apropiadas para realizar la modificación de las conductas del trastorno de pánico.

Tabla 14
Sesiones de la evaluación psicológica

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA		
N° SESIONES	TÉCNICAS	DESARROLLO ACTIVIDADES
Sesión N° 1	Entrevista psicológica	Contrato psicológico. Datos de filiación, observaciones generales. Motivo de consulta.
Sesión N° 2	Entrevista psicológica	Elaboración de la Historia clínica cognitivo conductual. Aplicación del Inventario de Ansiedad (IDARE) y de Ansiedad de Beck (BAI). Explicación del proceso de la terapia.
Sesión N° 3	Entrevista psicológica	Elaboración de la Historia clínica cognitivo conductual. Aplicación de Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos e Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan.
Sesión N° 4	Entrevista psicológica	Elaboración de la Historia clínica cognitivo conductual. Aplicación de Inventario de Registro de Opiniones Forma A de Davis et al. y Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein.
Sesión N° 5	Entrevista psicológica	Elaboración de la Historia clínica cognitivo conductual. Aplicación de Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot.
INFORME PSICOLÓGICO		
Sesión N° 6	Procesamiento de datos	Elaboración del Informe Psicológico de las pruebas aplicadas y devolución al evaluado.

Tabla 15
Sesiones del programa de intervención cognitivo conductual

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL		
N° SESIONES	TÉCNICAS	DESARROLLO ACTIVIDADES
Sesión N°1	Psicoeducación	Información general sobre los ataques de pánico y el trastorno de pánico, y descripción de los síntomas comunes del pánico.
Sesión N°2	Psicoeducación	Explicación de cómo los ataques de pánico se convierten en trastorno de pánico y, de qué estrategias de tratamiento pueden ser útiles.
Sesión N° 3	Entrenamiento en respiración	Exposición acerca de TP y respiración, fisiología de la respiración y reeducación respiratoria
Sesión N° 4	Técnica de relajación	Relajación muscular progresiva (brazos, hombros, cuello, espalda, piernas). Registro de relajación muscular por una semana.
Sesión N°5	Psicoeducación en TCC	Introducción al modelo cognitivo. Explicación de la relación entre pensamiento y emociones. Registro de pensamientos.
Sesión N° 6	Reestructuración cognitiva	Identificación de los distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos mediante el registro y el entrenamiento en sesión.
Sesión N° 7	Reestructuración cognitiva	Identificación de los pensamientos automáticos y debate socrático.
Sesión N° 8	Reestructuración cognitiva	Identificación y refutación de los estilos catastróficos de pensamiento.
Sesión N° 9	Terapia Racional Emotiva	Niveles de pensamientos según A. Ellis, las creencias racionales e irracionales y el modelo ABC.
Sesión N° 10	Terapia Racional Emotiva	Explicación de los componentes D y E. Debate de creencias irracionales e incorporación de creencias adaptativas más racionales.
Sesión N° 11	Exposición interoceptiva Modelamiento	Explicación del concepto de exposición interoceptiva. Evaluación de la respuesta del paciente a una serie de ejercicios estandarizados. Modelamiento de cada ejercicio por parte del terapeuta. Establecimiento de una jerarquía.
Sesión N° 12	Exposición interoceptiva	Repaso acerca del control de la respiración. Enfoque graduado para la exposición interoceptiva a través de la jerarquía establecida en la sesión anterior. Ensayo de exposición y repetición de ensayos.
Sesión N° 13	Exposición interoceptiva	Continuación en la jerarquía de exposición interoceptiva. Ensayo de

			exposición y repetición de ensayos.
Sesión N° 14	Exposición interoceptiva naturalista		Ampliación de la exposición interoceptiva a tareas o actividades diarias que se han evitado a causa de las sensaciones asociadas.
Sesión N° 15	Exposición interoceptiva naturalista		Continuación con la ampliación la exposición interoceptiva a tareas o actividades diarias que se han evitado a causa de las sensaciones asociadas.
Sesión N° 16			Entrenamiento en habilidad social “Comprender los sentimientos de los demás”
Sesión N° 17			Entrenamiento en habilidad social “Enfrentarse con el enfado de otro”
Sesión N° 18	Modelado en vivo, ensayo conductual, feedback,		Entrenamiento en habilidad social “Expresar afecto”
Sesión N° 19	reforzamiento positivo,		Entrenamiento en habilidad social “Emplear el autocontrol”
Sesión N° 20	autorregistro.		Entrenamiento en habilidad social “Responder a las bromas”
Sesión N° 21			Entrenamiento en habilidad social “Formular una queja”
Sesión N° 22			Entrenamiento en habilidad social “Prepararse para una conversación difícil”
Sesión N° 23	Psicoeducación en prevención de recaídas		Educación sobre la prevención de recaída, identificación de situaciones de riesgo y estrategias de afrontamiento.
Sesión N° 24	Evaluación Post test		Aplicación del Inventario de Ansiedad (IDARE), de Ansiedad de Beck (BAI), de Inventario de Personalidad Eysenck Forma B - para adultos, de Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan y de Inventario de Registro de Opiniones Forma A de Davis et al.
Sesión N° 25	Evaluación Post test		Aplicación de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein y de Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot.
Sesión N° 26	Finalización		Devolución de los avances del Programa de Intervención.

2.3.5 Sesiones de tratamiento

Tabla 16

Sesión n°1 de tratamiento

Sesión N° 1. Técnica: Psicoeducación.

Fecha: 17/04/19

Revisión: De los resultados de los pre-test aplicados, a través de la línea base.

Objetivo: Proporcionar al paciente información general sobre los ataques de pánico y el trastorno de pánico, así como, los tipos de síntomas comunes del pánico.

Desarrollo: Se explicó al consultante referente a la diferencia entre pánico y miedo, además de los síntomas de un ataque de pánico. Se le expuso sobre la diferencia entre pánico y ansiedad y se le instruyó acerca del proceso de respuesta de lucha / huida de una persona ante el peligro, a través de tres niveles de respuesta: fisiológico, conductual y cognitivo.

Tareas para la próxima sesión: Registrar los síntomas del pánico a través de respuestas corporales, cognitivas y conductuales.

Tabla 17

Sesión n°2 de tratamiento

Sesión N° 2. Técnica: Psicoeducación.

Fecha: 24/04/19

Revisión: De los síntomas del pánico a través de respuestas corporales, cognitivas y conductuales. Se evidenció cumplimiento de la tarea, evidenciando adherencia al tratamiento.

Objetivo: Describir al consultante cómo los ataques de pánico se convierten en trastorno de pánico y qué estrategias de tratamiento pueden ser útiles.

Desarrollo: Se explicó al consultante sobre cómo ocurren los ataques de pánico, y acerca de la espiral del pánico. Se le informó en relación a los factores biológicos y psicológicos que guardan relación al desarrollo del trastorno de pánico. Se le instruyó referente a cómo se mantiene el trastorno de pánico, y se le describió sobre el tratamiento farmacológico y tratamiento cognitivo conductual del trastorno de pánico.

Tareas para la próxima sesión: Monitorear los ataques de pánico a través de una hoja de auto registro.

Tabla 18

Sesión n°3 de tratamiento

Sesión N° 3. Técnica: Entrenamiento en respiración.

Fecha: 02/05/19

Revisión: Del monitoreo de los ataques de pánico a través de una hoja de auto registro. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Otorgar al paciente un entrenamiento correctivo de la respiración.

Desarrollo: Se le pidió al paciente que hiperventile voluntariamente durante un minuto y medio. Luego se discutió la experiencia en relación al grado en el que produjo síntomas similares a los que ocurren de forma natural durante el pánico. Finalmente, se le expuso acerca del trastorno de pánico y respiración, la fisiología de la respiración y la reeducación respiratoria, a través de la respiración diafragmática.

Tareas para la próxima sesión: Práctica de la respiración diafragmática al menos dos veces al día, durante un mínimo de 10 minutos cada vez.

Tabla 19

Sesión n°4 de tratamiento

Sesión N° 4. Técnica: Técnica de Relajación Muscular.

Fecha: 08/05/19

Revisión: Del registro diario de la práctica de la respiración diafragmática. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Exponer al paciente y poner en práctica la relajación muscular progresiva.

Desarrollo: Se le explicó al consultante acerca de la reducción de los niveles de activación mediante la disminución progresiva de la tensión muscular, a través de tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación.

Tareas para la próxima sesión: Práctica de la relajación muscular al menos una vez al día, durante un mínimo de 20 minutos cada vez.

Tabla 20

Sesión n°5 de tratamiento

Sesión N° 5. Técnica: Psicoeducación en TCC.

Fecha: 15/05/19

Revisión: Del registro de la práctica de la relajación muscular diaria. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Explicar al paciente acerca de cómo los pensamientos pueden influir en las emociones y conductas.

Desarrollo: Se expuso en relación a cómo los tipos de pensamientos juegan un papel importante en el trastorno de pánico. Así también, los pensamientos irracionales, que reflejan preocupaciones, conducen a emociones desagradables como la ansiedad. Y éstas, a su vez, conllevan a determinadas conductas.

Tareas para la próxima sesión: Autorregistro de situaciones, pensamientos y conductas.

Tabla 21

Sesión n°6 de tratamiento

Sesión N° 6. Técnica: Reestructuración cognitiva

Fecha: 22/05/19

Revisión: Del autorregistro de situaciones, pensamientos y conductas. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Informar al consultante lo concerniente a la identificación de los distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos mediante el registro y el entrenamiento en sesión.

Desarrollo: Se desarrolló el tema relacionado a las distorsiones cognitivas, es decir, a las formas de error (disfunción o inconsistencia) en el procesamiento de información, que producen perturbación emocional. Así como, los pensamientos automáticos, que son la forma en cómo se presentan estas distorsiones, y que se presentan espontáneamente a través de autodiálogo interno o imágenes visuales breves.

Tareas para la próxima sesión: Autorregistro de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos diarios por espacio de una semana.

Tabla 22

Sesión n°7 de tratamiento

Sesión N° 7. Técnica: Reestructuración cognitiva	Fecha: 29/05/19
<p>Revisión: Del autorregistro de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Aclarar al paciente lo relacionado a la identificación de los pensamientos automáticos, y su refutación a través del debate socrático.</p> <p>Desarrollo: Se explicó la manera de cómo debatir las afirmaciones concretas que se consideran verdaderas, examinándolas poco a poco a través de preguntas para conseguir que sean falsadas y refutadas, generando un pensamiento más racional.</p> <p>Tareas para la próxima sesión: Autorregistro de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos diarios por espacio de una semana, así como su respectivo debate y refutación.</p>	

Tabla 23

Sesión n°8 de tratamiento

Sesión N° 8. Técnica: Reestructuración cognitiva	Fecha: 05/06/19
<p>Revisión: Del autorregistro de distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, debate y refutación respectivo. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Brindar al consultante las herramientas para la identificación y refutación de los estilos catastróficos de pensamiento.</p> <p>Desarrollo: Se otorgó las estrategias para refutar los pensamientos catastróficos a través de del análisis de las evidencias a favor y en contra del pensamiento, observación de probabilidades, interpretaciones alternativas racionales y utilidad del pensamiento.</p> <p>Tareas para la próxima sesión: Autorregistro de estilos catastróficos de pensamiento por espacio de una semana, así como su respectivo debate y refutación.</p>	

Tabla 24

Sesión n°9 de tratamiento

Sesión N° 9. Técnica: Terapia racional emotiva	Fecha: 12/06/19
<p>Revisión: Del autorregistro de estilos catastróficos de pensamiento, debate y refutación respectivo. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Otorgar al paciente información sobre los niveles de pensamientos que existen, las creencias racionales e irracionales y el modelo ABC.</p> <p>Desarrollo: Se explicó los niveles de pensamiento que existen según Ellis: inferencias, evaluaciones y creencias, la diferencia entre pensamientos racionales e irracionales, la descripción de seis creencias irracionales básicas, y el modelo A (acontecimiento activador) B (sistema de creencias) C (consecuencia emocional y conductual).</p> <p>Tareas para la próxima sesión: Autorregistro de ABC por espacio de una semana.</p>	

Tabla 25

Sesión n°10 de tratamiento

Sesión N° 10. Técnica: Terapia racional emotiva

Fecha: 19/06/19

Revisión: Del autorregistro de ABC por espacio de una semana. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Brindar al consultante la explicación de los componentes D y E.

Desarrollo: Se expuso el componente D (disputar) que comprende: detectar, diferenciar y debatir (a través de preguntas), y el componente E: nuevo efecto cognitivo (creencia racional), nuevo efecto emocional y conductual.

Tareas para la próxima sesión: Autorregistro de ABCDE por espacio de una semana.

Tabla 26

Sesión n°11 de tratamiento

Sesión N° 11. Técnica: Exposición interoceptiva, Modelamiento.

Fecha: 26/06/19

Revisión: Del autorregistro de ABCDE por espacio de una semana. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Explicar al consultante la exposición interoceptiva.

Desarrollo: Se explicó el concepto de exposición interoceptiva, condicionamiento interoceptivo y el modo en que la evitación de las sensaciones temidas sirve para mantener el temor. Luego se evaluó la respuesta del paciente a una serie de ejercicios estandarizados, siendo primero modelados por el terapeuta. Después se registró las sensaciones, los pensamientos, el nivel de ansiedad, la intensidad de la sensación y la semejanza con las sensaciones de pánico que le ocurren habitualmente al consultante. Finalmente, los ejercicios que ocasionaron sensaciones parecidas a los ataques de pánico se seleccionaron, y se establecieron en una jerarquía, para una exposición repetida en la próxima sesión.

Tareas para la próxima sesión: Autorregistro diario de ejercicios de sensaciones internas por espacio de una semana.

Tabla 27

Sesión n°12 de tratamiento

Sesión N° 12. Técnica: Exposición interoceptiva.

Fecha: 03/07/19

Revisión: Del autorregistro diario de ejercicios de sensaciones internas por espacio de una semana. Cumplió la tarea por espacio de tres días.

Objetivo: Llevar a cabo una exposición interoceptiva continua con el paciente.

Desarrollo: Se repasó con el paciente acerca del control de la respiración en momentos de ansiedad o de sensaciones físicas desagradables. Se revisó la jerarquía de los ejercicios seleccionados en la sesión anterior y se pasó a la exposición interoceptiva propiamente dicha, debilitando el temor del consultante por medio de la habituación y el aprendizaje de que no ocurre ningún peligro real. Finalmente, se incluyó un registro cognitivo continuo y un cuestionamiento de los pensamientos.

Tareas para la próxima sesión: Práctica diaria de los ítems interoceptivos de la sesión, autorregistro diario de pensamientos y debate respectivo por espacio de una semana.

Tabla 28

Sesión n°13 de tratamiento

Sesión N° 13. Técnica: Exposición interoceptiva.

Fecha: 10/07/19

Revisión: De la práctica diaria de los ítems interoceptivos de la sesión anterior, autorregistro diario de pensamientos y debate respectivo por espacio de una semana. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Continuar con la exposición interoceptiva continua de la sesión anterior.

Desarrollo: Se continuó con la revisión de la jerarquía de los ejercicios seleccionados en la sesión n°11 y se pasó a la exposición interoceptiva propiamente dicha, debilitando el temor del consultante por medio de la habituación y el aprendizaje de que no ocurre ningún peligro real. Finalmente, se incluyó un registro cognitivo continuo y un cuestionamiento de los pensamientos.

Tareas para la próxima sesión: Práctica diaria de los ítems interoceptivos de la sesión, autorregistro diario de pensamientos y debate respectivo por espacio de una semana.

Tabla 29

Sesión n°14 de tratamiento

Sesión N° 14. Técnica: Exposición interoceptiva naturalista.

Fecha: 17/07/19

Revisión: De la práctica diaria de los ítems interoceptivos de la sesión anterior, autorregistro diario de pensamientos y debate respectivo por espacio de una semana. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Ampliar la exposición interoceptiva a tareas o actividades diarias que se han evitado a causa de las sensaciones asociadas.

Desarrollo: Se explicó acerca de la evitación a tareas o actividades diarias por temor a sensaciones asociadas al pánico, entre las cuales tenemos: hacer deporte, tomar café, ver ciertas películas, bailar, hacer gimnasia, discutir, sitios calientes y poco ventilados, y tomar bebidas estimulantes. Se construyó una jerarquía a partir de la lista de actividades, se generaron ítems específicos de acuerdo a la propia experiencia del paciente, ordenándose en función de su nivel de ansiedad. Se identificaron pensamientos desadaptativos y se ensayó reestructuración cognitiva. Finalmente se solicitó al consultante practicar cuatro ítems de la jerarquía al menos tres veces por semana, antes de la siguiente sesión, programada para dentro de dos semanas.

Tareas para la próxima sesión: Practicar cuatro ítems de la jerarquía al menos tres veces por semana, autorregistro y debate de pensamientos desadaptativos.

Tabla 30

Sesión n°15 de tratamiento

Sesión N° 15. Técnica: Exposición interoceptiva naturalista.	Fecha: 31/07/19
<p>Revisión: De la práctica de cuatro ítems de la jerarquía al menos tres veces por semana, autorregistro y debate de pensamientos desadaptativos. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Continuar con la ampliación la exposición interoceptiva a tareas o actividades diarias que se han evitado a causa de las sensaciones asociadas.</p> <p>Desarrollo: Se continuó con la revisión de la jerarquía de la lista de actividades seleccionadas en la sesión n°14. Se identificaron pensamientos desadaptativos y se ensayó reestructuración cognitiva. Finalmente se solicitó al consultante practicar cuatro ítems de la jerarquía al menos tres veces por semana, antes de la siguiente sesión, programada para dentro de dos semanas.</p> <p>Tareas para la próxima sesión: Practicar cuatro ítems restantes de la jerarquía al menos tres veces por semana, autorregistro y debate de pensamientos desadaptativos.</p>	

Tabla 31

Sesión n°16 de tratamiento

Sesión N° 16. Entrenamiento en habilidades sociales	Fecha: 14/08/19
<p>Revisión: De la práctica de cuatro ítems de la jerarquía al menos tres veces por semana, autorregistro y debate de pensamientos desadaptativos. Se evidenció cumplimiento de la tarea. Revisión, además, de los resultados del pre-test Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, a través de la línea base.</p> <p>Objetivo: Mejorar la habilidad social de “Comprender los sentimientos de los demás”</p> <p>Técnica(s): Modelado en vivo, ensayo conductual, feedback, reforzamiento positivo, autorregistro.</p> <p>Desarrollo: Se estableció junto al paciente la importancia de incrementar el nivel de la habilidad objetivo. Se describió los pasos de la habilidad (separándola en diferentes componentes). Se modeló la habilidad por medio de la representación de papeles. Se hizo participar al paciente en la representación de dicha habilidad. Se brindó retroalimentación positiva cuando el componente específico de la habilidad se representó bien. Se otorgó retroalimentación correctora para la representación más eficaz de la habilidad. Se reforzó positivamente el esfuerzo del paciente para la mejora de la habilidad. Finalmente se asignó tareas para casa.</p> <p>Tareas para la próxima sesión: Practicar en el transcurso de la semana la habilidad con un familiar o amigo y realizar un autorregistro de lo observado.</p>	

Tabla 32

Sesión n°17 de tratamiento

Sesión N° 17. Entrenamiento en habilidades sociales	Fecha: 21/08/19
<p>Revisión: De la tarea para casa. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Mejorar la habilidad social de “Enfrentarse con el enfado de otro”</p> <p>Técnica(s): Modelado en vivo, ensayo conductual, feedback, reforzamiento positivo, autorregistro.</p> <p>Desarrollo: Se estableció junto al paciente la importancia de incrementar el nivel de la habilidad objetivo. Se describió los pasos de la habilidad (separándola en diferentes componentes). Se modeló la habilidad por medio de la representación de papeles. Se hizo participar al paciente en la representación de dicha habilidad. Se brindó retroalimentación positiva cuando el componente específico de la habilidad se representó bien. Se otorgó retroalimentación correctora para la representación más eficaz de la habilidad. Se reforzó positivamente el esfuerzo del paciente para la mejora de la habilidad. Finalmente se asignó tareas para casa.</p> <p>Tareas para la próxima sesión: Practicar en el transcurso de la semana la habilidad con un familiar o amigo y realizar un autorregistro de lo observado.</p>	

Tabla 33

Sesión n°18 de tratamiento

Sesión N° 18. Entrenamiento en habilidades sociales	Fecha: 28/08/19
<p>Revisión: De la tarea para casa. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Mejorar la habilidad social de “Expresar afecto”</p> <p>Técnica(s): Modelado en vivo, ensayo conductual, feedback, reforzamiento positivo, autorregistro.</p> <p>Desarrollo: Se estableció junto al paciente la importancia de incrementar el nivel de la habilidad objetivo. Se describió los pasos de la habilidad (separándola en diferentes componentes). Se modeló la habilidad por medio de la representación de papeles. Se hizo participar al paciente en la representación de dicha habilidad. Se brindó retroalimentación positiva cuando el componente específico de la habilidad se representó bien. Se otorgó retroalimentación correctora para la representación más eficaz de la habilidad. Se reforzó positivamente el esfuerzo del paciente para la mejora de la habilidad. Finalmente se asignó tareas para casa.</p> <p>Tareas para la próxima sesión: Practicar en el transcurso de la semana la habilidad con un familiar o amigo y realizar un autorregistro de lo observado.</p>	

Tabla 34

Sesión n°19 de tratamiento

Sesión N° 19. Entrenamiento en habilidades sociales	Fecha: 04/09/19
<p>Revisión: De la tarea para casa. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Mejorar la habilidad social de “Emplear el autocontrol”</p> <p>Técnica(s): Modelado en vivo, ensayo conductual, feedback, reforzamiento positivo, autorregistro.</p> <p>Desarrollo: Se estableció junto al paciente la importancia de incrementar el nivel de la habilidad objetivo. Se describió los pasos de la habilidad (separándola en diferentes componentes). Se modeló la habilidad por medio de la representación de papeles. Se hizo participar al paciente en la representación de dicha habilidad. Se brindó retroalimentación positiva cuando</p>	

el componente específico de la habilidad se representó bien. Se otorgó retroalimentación correctora para la representación más eficaz de la habilidad. Se reforzó positivamente el esfuerzo del paciente para la mejora de la habilidad. Finalmente se asignó tareas para casa.

Tareas para la próxima sesión: Practicar en el transcurso de la semana la habilidad con un familiar o amigo y realizar un autorregistro de lo observado.

Tabla 35

Sesión n°20 de tratamiento

Sesión N° 20. Entrenamiento en habilidades sociales

Fecha: 11/09/19

Revisión: De la tarea para casa. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Mejorar la habilidad social de “Responder a las bromas”

Técnica(s): Modelado en vivo, ensayo conductual, feedback, reforzamiento positivo, autorregistro.

Desarrollo: Se estableció junto al paciente la importancia de incrementar el nivel de la habilidad objetivo. Se describió los pasos de la habilidad (separándola en diferentes componentes). Se modeló la habilidad por medio de la representación de papeles. Se hizo participar al paciente en la representación de dicha habilidad. Se brindó retroalimentación positiva cuando el componente específico de la habilidad se representó bien. Se otorgó retroalimentación correctora para la representación más eficaz de la habilidad. Se reforzó positivamente el esfuerzo del paciente para la mejora de la habilidad. Finalmente se asignó tareas para casa.

Tareas para la próxima sesión: Practicar en el transcurso de la semana la habilidad con un familiar o amigo y realizar un autorregistro de lo observado.

Tabla 36

Sesión n°21 de tratamiento

Sesión N° 21. Entrenamiento en habilidades sociales

Fecha: 18/09/19

Revisión: De la tarea para casa. Se evidenció cumplimiento de la tarea.

Objetivo: Mejorar la habilidad social de “Formular una queja”

Técnica(s): Modelado en vivo, ensayo conductual, feedback, reforzamiento positivo, autorregistro.

Desarrollo: Se estableció junto al paciente la importancia de incrementar el nivel de la habilidad objetivo. Se describió los pasos de la habilidad (separándola en diferentes componentes). Se modeló la habilidad por medio de la representación de papeles. Se hizo participar al paciente en la representación de dicha habilidad. Se brindó retroalimentación positiva cuando el componente específico de la habilidad se representó bien. Se otorgó retroalimentación correctora para la representación más eficaz de la habilidad. Se reforzó positivamente el esfuerzo del paciente para la mejora de la habilidad. Finalmente se asignó tareas para casa.

Tareas para la próxima sesión: Practicar en el transcurso de la semana la habilidad con un familiar o amigo y realizar un autorregistro de lo observado.

Tabla 37

Sesión n°22 de tratamiento

Sesión N° 22. Entrenamiento en habilidades sociales	Fecha: 25/09/19
<p>Revisión: De la tarea para casa. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Mejorar la habilidad social de “Prepararse para una conversación difícil”</p> <p>Técnica(s): Modelado en vivo, ensayo conductual, feedback, reforzamiento positivo, autorregistro.</p> <p>Desarrollo: Se estableció junto al paciente la importancia de incrementar el nivel de la habilidad objetivo. Se describió los pasos de la habilidad (separándola en diferentes componentes). Se modeló la habilidad por medio de la representación de papeles. Se hizo participar al paciente en la representación de dicha habilidad. Se brindó retroalimentación positiva cuando el componente específico de la habilidad se representó bien. Se otorgó retroalimentación correctora para la representación más eficaz de la habilidad. Se reforzó positivamente el esfuerzo del paciente para la mejora de la habilidad. Finalmente se asignó tareas para casa.</p> <p>Tareas para la próxima sesión: Practicar en el transcurso de la semana la habilidad con un familiar o amigo y realizar un autorregistro de lo observado.</p>	

Tabla 38

Sesión n°23 de tratamiento

Sesión N° 23. Técnica: Psicoeducación en Prevención de recaídas	Fecha: 02/10/19
<p>Revisión: De la tarea para casa. Se evidenció cumplimiento de la tarea.</p> <p>Objetivo: Educar al paciente sobre la prevención de recaída, la identificación de situaciones de riesgo y las estrategias de afrontamiento.</p> <p>Desarrollo: Se resaltó la importancia de reconocer el progreso logrado a lo largo de las sesiones; y solicitó que redacte objetivos en las principales áreas de su vida, en las cuales necesita seguir velando y manteniendo sus ganancias. Se explicó acerca de los posibles contratiempos que pueda enfrentar, los motivos de estos contratiempos y la manera de afrontarlos, a través de estrategias como identificar las primeras señales de advertencia, reconocer los pensamientos negativos e irracionales, revisar sus habilidades y contar con apoyo social.</p>	

Dentro del programa de tratamiento se incluyeron una serie de técnicas cognitivo conductuales para lograr una intervención eficiente, seleccionándose las siguientes:

- **Psicoeducación:** Esta estrategia tuvo como objetivo proporcionar al paciente información general sobre los ataques de pánico, el trastorno de pánico, los tipos de síntomas comunes del pánico, la manera cómo los ataques de pánico se convierten en trastorno de pánico y qué estrategias de tratamiento pueden ser útiles.
- **Entrenamiento en respiración:** Esta técnica tuvo como meta otorgar al paciente un

entrenamiento correctivo de la respiración, pidiéndole que hiperventile voluntariamente durante un minuto y medio, para luego discutir la experiencia de similitud con los síntomas naturales durante el pánico. Finalmente, tuvo como objetivos exponer acerca del trastorno de pánico y respiración, la fisiología de la respiración y la reeducación respiratoria, a través de la respiración diafragmática.

- Técnica de relajación: El objetivo de esta técnica fue disminuir la ansiedad (reactividad del sistema nervioso autónomo). Para ello se le explicó al consultante acerca de la reducción de los niveles de activación mediante la disminución progresiva de la tensión muscular, a través de tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación.
- Psicoeducación en TCC: Es una estrategia que se utilizó para explicar al paciente acerca de cómo los pensamientos pueden influir en las emociones y conductas, exponiéndole cómo los tipos de pensamientos juegan un papel importante en el trastorno de pánico, ya que conducen a emociones desagradables como la ansiedad, conllevando a determinadas conductas.
- Reestructuración cognitiva: Esta técnica tuvo como objetivo brindar al consultante las herramientas para la identificación y refutación de los estilos irracionales y negativos de pensamiento. La estrategia se dividió en tres fases, la primera fue informativa, centrándose en la identificación de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos, a través del registro. La segunda fase fue de aclaración con respecto a la identificación de los pensamientos automáticos, y su refutación por medio del debate socrático. La tercera fase se dirigió a la identificación y refutación de los estilos catastróficos de pensamiento.

- **Terapia Racional Emotiva:** La finalidad de esta estrategia fue el cambio de los patrones de pensamiento irracional que el paciente tenía, trabajando la flexibilización de sus creencias irracionales. Se le explicó al paciente el modelo A-B-C-D-E de la terapia racional emotiva donde el componente A es el acontecimiento, el componente B son los pensamientos, las autoverbalizaciones sobre el acontecimiento, el componente C son las emociones negativas que originan los pensamientos, el componente D son los cuestionamientos que el terapeuta realiza al consultante sobre la validez y racionalidad de los pensamientos. El componente E es el cambio logrado por el paciente, resultando con un pensamiento racional acompañado de una emoción más adaptativa.
- **Exposición interoceptiva:** Esta técnica tuvo como propósito que el evaluado se expusiera a las sensaciones físicas desagradables que experimenta en los ataques de pánico. La estrategia se dividió en tres fases, la primera tuvo una función explicativa, donde se abordó el concepto de esta técnica, el condicionamiento interoceptivo y el mantenimiento del temor a través de la evitación de las sensaciones. La segunda fase se realizó la exposición interoceptiva propiamente dicha a una serie de ejercicios ordenados jerárquicamente. La tercera fase fue la continuación de la exposición a través de los ejercicios restantes de la jerarquía, logrando el debilitamiento del temor del consultante por medio de la habituación y el aprendizaje de que no ocurre ningún peligro real.
- **Modelamiento:** Esta técnica se realizó en la primera fase de la exposición interoceptiva con la finalidad de que el consultante observara al terapeuta practicar los ejercicios estandarizados que generan sensaciones físicas desagradables similares a las experimentadas en los ataques de pánico. Luego de observar, el paciente llevó a la

práctica los ejercicios.

- **Exposición interoceptiva naturalista:** El objetivo de esta estrategia fue ampliar la exposición interoceptiva a tareas o actividades diarias que el paciente hubiera evitado a causa de las sensaciones asociadas. Las actividades designadas fueron hacer deporte, tomar café, ver ciertas películas, bailar, hacer gimnasia, discutir, sitios calientes y poco ventilados, y tomar bebidas estimulantes. Es tareas se ordenaron jerárquicamente y se practicaron en casa, como tarea para el evaluado.
- **Modelado en vivo:** Esta técnica fue desarrollada con el propósito de que el consultante incrementara sus habilidades sociales a través de la exposición de la conducta a aprender, la cual fue llevada a cabo por parte del terapeuta en sesión.
- **Ensayo conductual:** Como componente común y fundamental del programa de entrenamiento en habilidades sociales, tuvo como objetivo que el paciente practique y ensaye de forma repetida las conductas relacionadas a las habilidades a incrementar.
- **Feedback:** La meta de esta técnica también conocida como retroalimentación, fue elogiar u otorgar otros reforzadores al consultante cada vez que realizaba correctamente el ensayo conductual. Ante algún imperfecto se brindó la corrección necesaria y se otorgó más instrucciones para mejorar la ejecución.
- **Reforzamiento positivo:** Esta estrategia tuvo como propósito brindar un reforzador social (elogio verbal) cada vez que el paciente desarrollaba el comportamiento específico relacionado a una habilidad social; ya que al conceder un reforzador, la conducta tiene mayor probabilidad de consolidarse y de ejecutarse en el futuro.
- **Autorregistro:** Esta técnica fue importante para que el evaluado dirija su atención hacia su conducta problema y pueda realizar un monitoreo. El examinado utilizó el registro

de pensamientos (ABC) donde escribía la situación, los pensamientos y emociones negativas asociadas. Luego se incluyó una columna de cuestionamiento y otra de cambio de nuevo pensamiento-emoción. Este registro tuvo el objetivo de identificar pensamientos distorsionados para modificarlos. También se utilizó esta técnica para registrar lo observado por el paciente en la práctica semanal de la habilidad social designada.

- Psicoeducación en prevención de recaídas: La finalidad de esta estrategia fue educar al evaluado sobre la previsión de incurrir en la conducta no deseada (ataque de pánico) a un nivel similar al alcanzado antes de iniciar el programa de tratamiento. Para ello se resaltó la importancia de reconocer el progreso logrado a lo largo de las sesiones; y se solicitó que redacte objetivos en las principales áreas de su vida, en las cuales necesita seguir velando y manteniendo sus ganancias. Se le explicó que, ante la presencia de obstáculos, éstos necesitan ser afrontados con la identificación de las primeras señales de advertencia, el reconocimiento de los pensamientos negativos e irracionales, la revisión de sus habilidades y el contar con apoyo social.

III. Resultados

Las técnicas cognitivo conductuales incluidas en el programa de intervención pudieron demostrar su efectividad en la reducción de los ataques de pánico y mejora del estado emocional del paciente. Se logró disminuir la frecuencia de los ataques de pánico en el examinado que fue corroborado en la evaluación post tratamiento.

Al finalizar el tratamiento se aplicó nuevamente el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991), el Inventario de Registro de Opiniones Forma A (Davis, Mckay, Eshelman, 1982), la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales (Goldstein, 1978) y el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) de B. Sandín y P. Chorot (1997). Los puntajes de los posts test nos permite evaluar el resultado de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno de pánico.

Ansiedad Estado / Rasgo

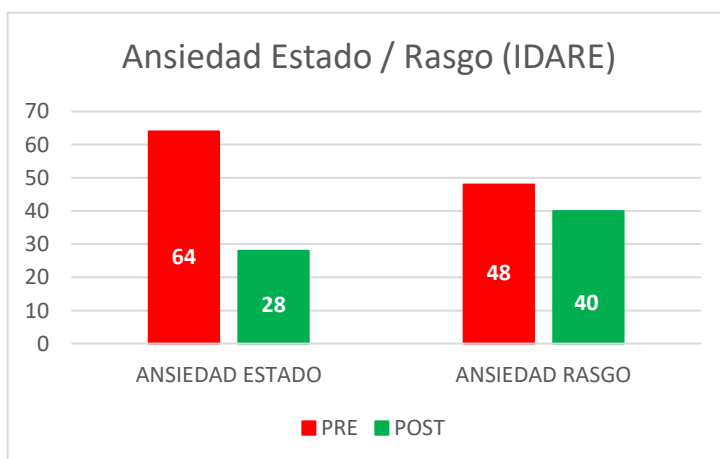


Figura 4. Nivel de Ansiedad Estado / Rasgo (IDARE) Pre y Post Tratamiento

En la figura 4 se aprecian las puntuaciones pre y post test de Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (IDARE), antes de la aplicación del programa de intervención el evaluado

obtuvo un puntaje de 64 en la forma estado equivalente a un nivel alto de ansiedad, y un puntaje 48 en la forma rasgo correspondiente a un nivel de ansiedad alto. Luego de aplicar el tratamiento, el examinado obtuvo 28 puntos en la forma estado concerniente a un nivel bajo de ansiedad, y 40 puntos en la forma rasgo, equivalente a un nivel medio de ansiedad.

Ansiedad

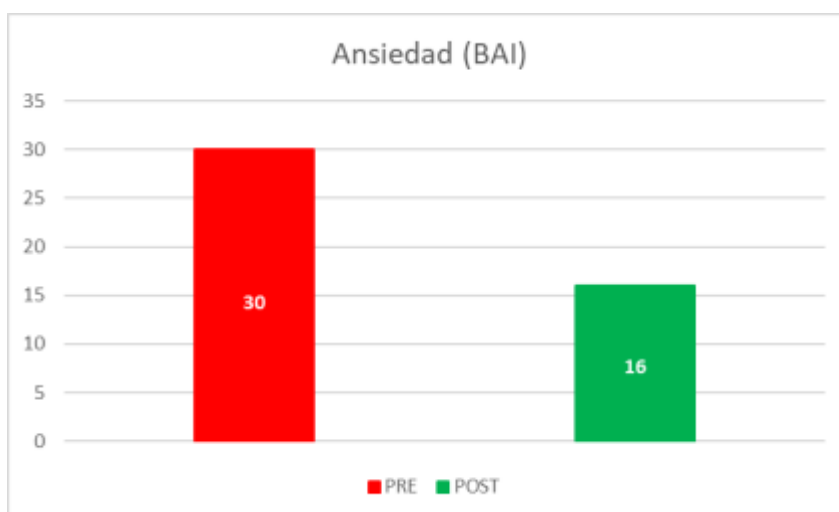


Figura 5. Nivel de Ansiedad (BAI) Pre y Post Tratamiento

En la figura 5 se aprecian las puntuaciones pre y post test de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), antes de la aplicación del programa de intervención el evaluado obtuvo un puntaje de 30 equivalente a un nivel severo de ansiedad. Luego de aplicar el tratamiento, el examinado obtuvo 16 puntos, correspondiente a un bajo nivel de ansiedad.

Pensamientos automáticos

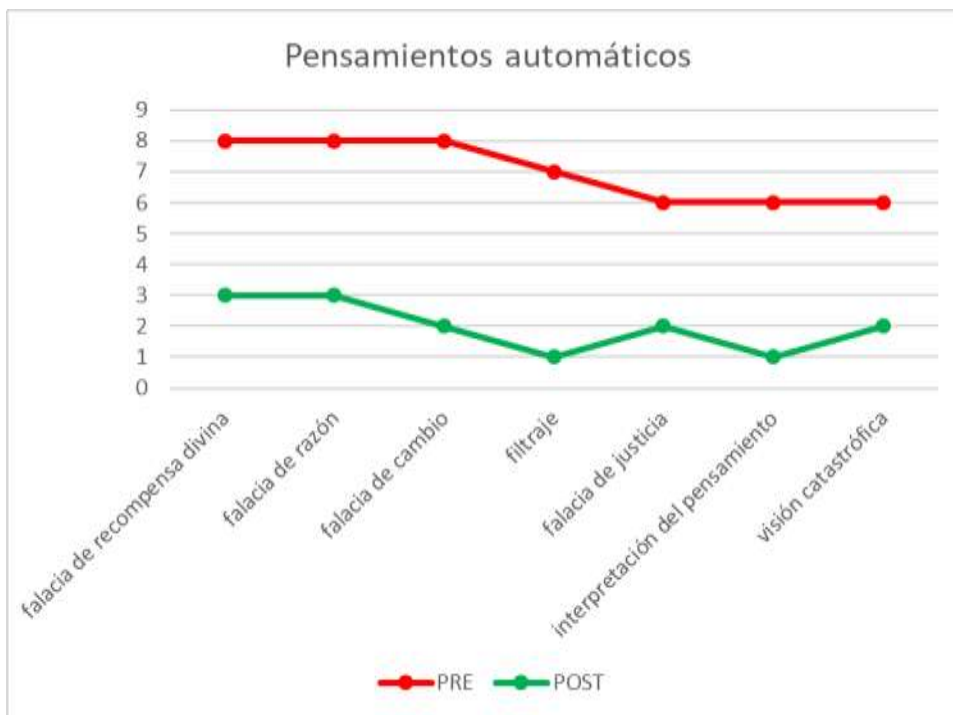


Figura 6. Puntuación de pensamientos automáticos

En la figura 6 se observan que al inicio del tratamiento Juan presentó una puntuación entre 6 y 8 en los pensamientos automáticos mencionados, correspondiente al indicador de causa de sufrimiento emocional. Después de aplicar el tratamiento, evidenció disminución de puntuación: falacia de recompensa divina y falacia de razón obtuvieron 3 puntos, correspondiente al indicador “produce emociones negativas importantes en mi vida”; mientras que falacia de cambio, filtraje, falacia de justicia, interpretación del pensamiento y visión catastrófica obtuvieron entre 1 y 2 puntos equivalente a “no produce emociones negativas en mi vida”.

Creencias irracionales

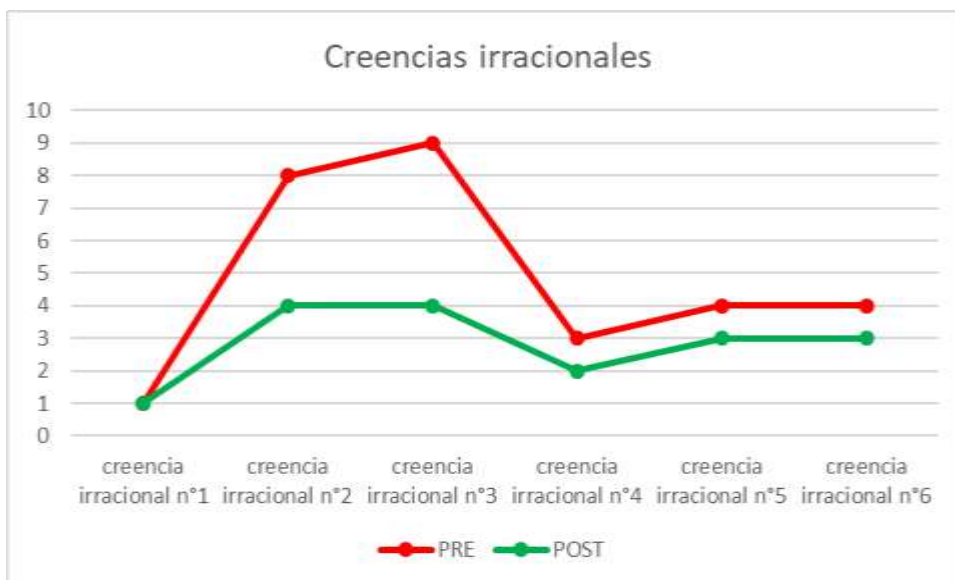


Figura 7. Puntuación de creencias irracionales

En la figura 7 se presenta las puntuaciones de las creencias irracionales (Ci). Al iniciar el programa de intervención cognitiva conductual el evaluado obtuvo categoría racional en la Ci n°1 (“es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”), tendencia racional en la Ci n°4 (“es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”), tendencia irracional en las Ci n°5 (“la infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos”) y Ci n°6 (“si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”), y categoría irracional en las Ci n°2 (“debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”) y Ci n°3 (“ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”). Al terminar el programa, Juan obtuvo puntajes correspondientes a categorías tendencia racional y racional en todas las Ci, lo que denota una notable flexibilización de sus creencias irracionales.

Habilidades sociales

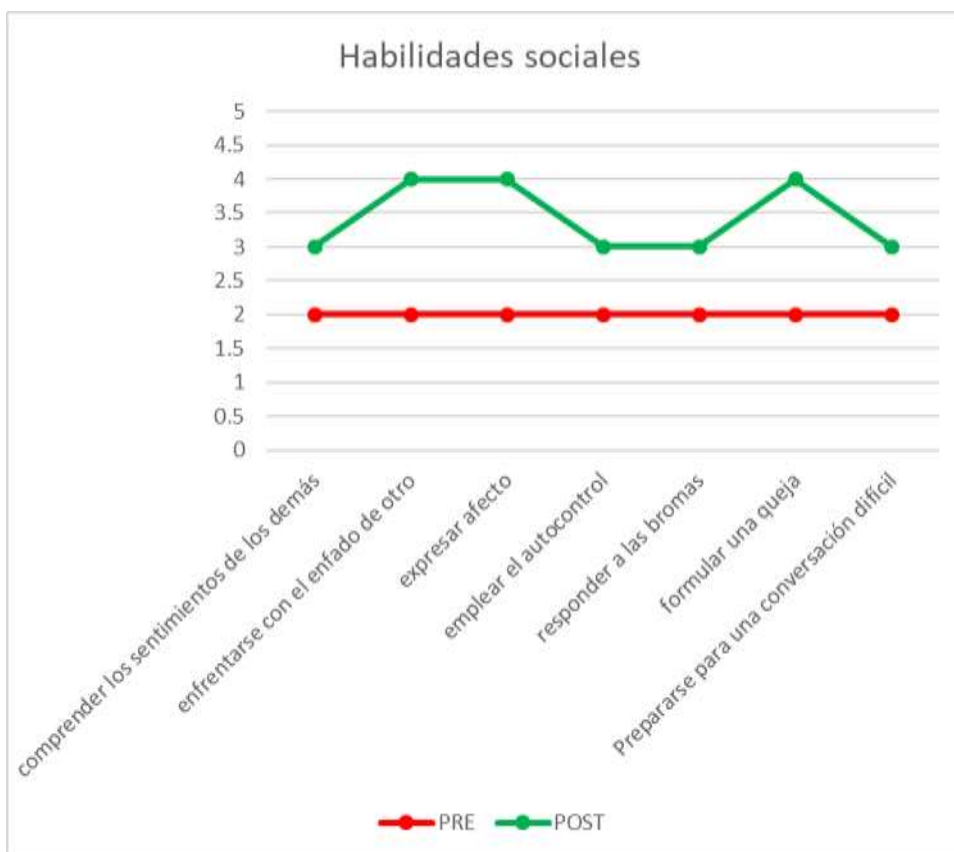


Figura 8. Puntuación de habilidades sociales

En la figura 8 se aprecian que estas siete habilidades sociales antes del inicio del tratamiento se encontraron con una puntuación de 2 correspondiente a un nivel de déficit. Luego de la intervención, el evaluado obtuvo puntuaciones entre 3 y 4 equivalente a un nivel normal en las siete habilidades sociales.

Síntomas durante ataques de pánico

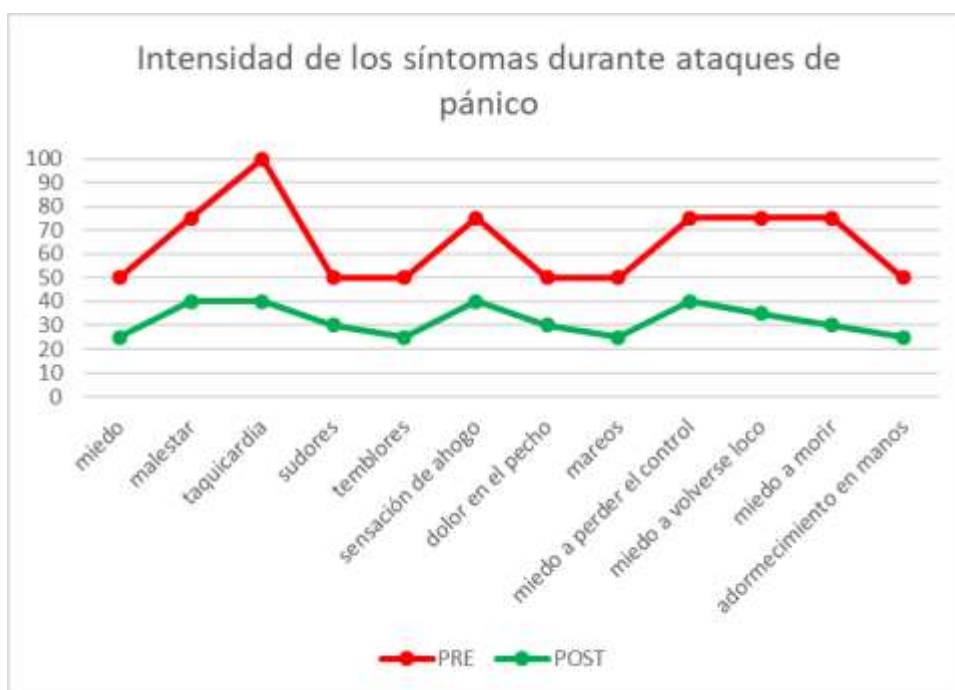


Figura 9. Intensidad de los síntomas durante ataques de pánico

En la figura 9 se observa la disminución de la intensidad de los síntomas durante ataques de pánico. Antes del tratamiento, la intensidad de los síntomas oscilaba entre 50 y 100. Después de la intervención cognitivo conductual, los síntomas disminuyeron de intensidad hasta un rango de entre 25 y 40.

Frecuencia de ataques de pánico



Figura 10. Frecuencia de ataques de pánico durante el último mes

En la figura 10 se detalla las puntuaciones pre y post de la frecuencia de ataques de pánico durante el último mes, antes de la aplicación del programa de intervención Juan presentó 8 ataques durante el último mes. Luego de aplicar el tratamiento el examinado experimentó 2 ataques de pánico durante el último mes, evidenciándose una notable disminución.

IV. Conclusiones

1. Los resultados obtenidos luego de la aplicación del presente programa de intervención cognitivo conductual, en términos generales se ha mostrado eficaz en cuanto a su objetivo principal de reducir los ataques de pánico y mejorar el estado emocional del paciente.
2. La historia clínica bajo el modelo conductual cognitivo es un instrumento indispensable que permitió analizar la conducta problema a través de una análisis diacrónico y sincrónico, obteniendo información relevante para diseñar un programa de tratamiento de acuerdo al perfil del caso.
3. Se modificó los pensamientos distorsionados de falacia de recompensa divina, falacia de razón, falacia de cambio, filtraje, falacia de justicia, interpretación del pensamiento y visión catastrófica, para reemplazarlos por pensamientos más racionales, flexibles y alternativos que le permitieron experimentar emociones más adaptativas.
4. Se logró un decremento de creencias irracionales como “debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, “ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, “la infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos”, “si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”.
5. Se obtuvo la disminución de los niveles de ansiedad estado - rasgo presentes al inicio de la intervención, incorporando estrategias de autorregulación y manejo de emociones.
6. Se consiguió limitar la evitación de actividades específicas que incrementan las sensaciones fisiológicas tales como, hacer deporte, tomar café, ver ciertas películas,

bailar, hacer gimnasia, discutir, sitios calientes y poco ventilados, y tomar bebidas estimulantes.

7. Se incrementó el repertorio conductual del paciente en habilidades sociales, principalmente en comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar afecto, emplear el autocontrol, responder a las bromas, formular una queja y prepararse para una conversación difícil.

V. Recomendaciones

1. Replicar el presente trabajo con personas que tengan similares características del caso clínico, a fin de validar la eficacia del programa de intervención en otros contextos.
2. Replicar la presente investigación en otras personas con otras características en cuanto a: sexo, grado de instrucción, nivel socioeconómico, etc.
3. Promover la adaptación de pruebas psicológica específicas para el trastorno de pánico a la realidad nacional.
4. Concientizar a la población sobre este trastorno y constituir un canal de comunicación positivo para su tratamiento y prevención.
5. Orientar a los profesionales de psicología y psicoterapia en la detección de este trastorno y en la selección de pautas basadas en la mayor evidencia científica.
6. Contrastar los resultados obtenidos de la terapia cognitivo conductual del presente trabajo con otros programas de intervención basados en otras perspectivas psicológicas.
7. Implementar dentro del programa de intervención cognitivo - conductual individual, sesiones de grupo que permita al paciente con trastorno de pánico poner en práctica lo aprendido en las sesiones individuales y adquirir habilidades sociales en un entorno controlado.
8. Reevaluar y hacer un seguimiento mensual durante 6 meses y reevaluación respectiva.

VI. Referencias

- Abercrombie, E.D. y Jacobs, B.L. (1987). Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats, I: acutely presented stressful and non stressful stimuli. *Journal of Neuroscience*, 7, 2837-43
- Amodeo, S. (2016). Tratamiento del pánico mediante exposición interoceptiva y ejercicio físico. A propósito de un caso. *Revista de casos clínicos en salud mental*, (2), 101-14.
- Asociación Americana de Psicología (APA) (2010). *Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Washington. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Madrid: Medica Panamericana.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. y Craske, M. G. (2015). *Dominio de su ansiedad y pánico: Cuaderno de ejercicios* (4 ed.). doi: 10.1093/978-0-195-31135-8
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2003). *Psicopatología* (3rd Ed.). Madrid: Thomson.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Group.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic: Theory and therapy. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91-109). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

- Botella, C. y Ballester, R. (1995). Trastorno por pánico. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos (vol.1)* (pp. 78). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (Eds.). (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Chahud, J. (Director). (3 de octubre de 2019). Ataques de pánico: ¿Qué es este mal que cada vez más peruanos padecen? Buenos Días Perú. Lima, Perú: Panamericana Televisión. Recuperado de <https://panamericana.pe/buenosdiasperu/salud/>
- Clark, D. y Salkovskis, P. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Manuscrito no publicado.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En K. Hawton y cols. (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Cormier, W. H. y Cormier L. S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitive-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Craske, M. G. y Barlow D. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford.

Craske, M. y Lewin, M. (2002). Trastorno por pánico. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. (1982). *The Relaxation and the stress reduction workbook*. N. York: Now Harlinger Publications.

Davis, M. D. (1992). The role of the amygdala in conditioned fear. En J.P. Aggleton (Ed.), *The Amygdala* (pp. 255-306). Nueva York: Wiley-Liss

De Silva, P. & Rachman, S. (1984). Does scape behaviour strengthen agoraphobic avoidance. A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22 (1). 87 - 91.

Diagnósticos de ansiedad y pánico aumentan casi 50% tras el estallido social. (2 de diciembre de 2019). Pura noticia. Recuperado de <https://www.puranoticia.cl/>

Díaz-Benjumea, L., Craske, M. & Barlow, D. (2002). Tratamiento del trastorno de pánico desde la perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, (012). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=570>

Dryden, W. y DiGiuseppe, R. (1990). *A primer on rational-emotive therapy*. Champaign: Research Press.

Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1993). Técnicas de Exposición en Psicología Clínica. En Vallejo Pareja y Ruiz Fernández (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta 2*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

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.

- Fiorio, O. (2012). *El trastorno de pánico. Manual para el paciente*. Ushuaia, Tierra del Fuego: Editorial Utopías.
- Garriga, A., Martín, J. y López, C. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 79-93.
- Ghosh, A. y Marks, I.M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-17.
- Gil, F. (1993). Entrenamiento en habilidades sociales. En M. Vallejo y M. Ruiz. (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta I* (pp. 265-338). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Goddard, A.W. y Charney, D.S. (1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 2), 4-12.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. y Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Managed Care*, 3, 1187-96.
- Hernández, C. R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D. F.: McGraw - Hill / Interamericana Editores, S.A. de CV.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jenke, F., Moreau, J.L. y Martin, J.R. (1995). Dorsal periaqueductal gray-induced aversion as a simulation of panic anxiety: elements of face and predictive validity. *Psychiatry Research*, 57, 181-91.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El

Manual Moderno.

Kerlinger, F. N. (1975). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México D.

F.: Nueva Editorial Interamericana.

Labrador, F. J. (1993). Técnicas de relajación y desensibilización sistemática. En M. Vallejo y

M. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta 2*. Madrid: Fundación

Universidad-Empresa.

Le Doux, J.E. (1992). Emotion and the amygdala. En J.P. Aggleton (Ed.), *The Amigdala:*

Neurobiological Aspects of Emotion, Memory and Mental Dysfunction (pp 339-52). Nueva

York: Wiley-Liss.

Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias, and Rituals*. New York: Oxford University Press.

Marks, I. M. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa

(Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.

Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid:

Pearson Educación.

Martínez, C., Perelló, M. y Hernández, M. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y

su tratamiento. *Visión actual. Información psicológica*, (102), 63-78.

McNally, R. (1996). Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de*

Psicopatología y Psicología Clínica, 2, 91-103.

Miltenberger, R. G. (2013). *Modificación de conducta. Principios y procedimientos*. Madrid:

Ediciones Pirámide.

Miranda, 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.
- Monterde, N. y Casado M. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico. *Revista de casos clínicos en salud mental*, (1), 1-17.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. CIE 10*. Madrid: Meditor.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013). *La brecha de tratamiento en las Américas*. Documento técnico. Washington, D.C. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Recuperado de <http://iris.paho.org/>
- Pastor, C. y Sevillá, J. (1988). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Prats, E., Domínguez, E., Rosado, S., Pailhez, G., Bulbena, A. y Fullana, M. (2014). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 176-84.
- Redmond, D.E. Jr., Huang, Y.H., Snyder, D.R. y Maas, J.W. (1976). Behavioral effects of stimulation of the locus coeruleus in the stump-tail monkey (*Macaca arctoides*). *Brain Research*, 116, 502-10.
- Risley, T. & Hart, B. (1986). Developing correspondence between the nonverbal and verbal

- behavior of preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 267-81.
- Roca, E. (2015). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia). Programa de autoayuda*. Valencia: ACDE Ediciones.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Saavedra, J. et al. (2012). *Prevalencia y factores asociados de trastornos mentales en la población adulta en la ciudad de Lima y Callao*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Stein, M. B., Jang, K. L. y Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 246-51.
- Vila, J. y Fernández-Santaella, M. C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide
- Wittchen, H.U. y Essau, C.A. (1991). The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia. En J.R. Walker, R. Norton, C. A. Ross, (Eds.), *Panic Disorder and Agoraphobia. A guide for the Practitioner* (pp. 103-149). Belmont, CA, USA: Brooks/ Cole, Pacific Grove.

Wittchen, H. U. y Jacobi F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-76.

Zeballos, D. (2018). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral caso clínico: Episodio depresivo moderado y trastorno de pánico* (trabajo académico de segunda especialidad). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

VII. Anexos

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Nombres y Apellidos : J. H. H. B.

Edad: 39

Grado de Instrucción: SUPERIOR TEC.

Cargo: EMPLEADO

Tiempo de Servicio: 8 AÑOS Fecha: _____

Instrucciones:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con un aspa (X) la alternativa que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

		NO EN LO AB- SOLUTO	U N P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
1	Me siento calmado		X		
2	Me siento seguro			X	
3	Estoy tenso				X
4	Estoy contrariado		X		
5	Estoy a gusto		X		
6	Me siento alterado				X
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				X
8	Me siento descansado	X			
9	Me siento ansioso		X		
10	Me siento cómodo		X		
11	Me siento con confianza en mi mismo		X		
12	Me siento nervioso			X	
13	Me siento agitado			X	
14	Me siento "a punto de explotar"				X
15	Me siento reposado	X			
16	Me siento satisfecho	X			
17	Estoy preocupado			X	
18	Me siento muy agitado y aturdido			X	
19	Me siento alegre		X		
20	Me siento bien		X		

Instrucciones:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con un aspa (X) la alternativa que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

		C A S I N U N C A	A L G U N A S V E C E S	F R E C U E N T E M E N T E	C A S I S I E M P R E
21	Me siento bien			X	
22	Me canso rápidamente		X		
23	Siento ganas de llorar	X			
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo			X	
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente			X	
26	Me siento descansado	X			
27	Soy una persona "tranquila serena y sosegada"	X			
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas		X		
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia		X		
30	Soy feliz		X		
31	Tomo las cosas muy a pecho				X
32	Me falta confianza en mí mismo	X			
33	Me siento seguro			X	
34	Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	X			
35	Me siento melancólico			X	
36	Me siento satisfecho			X	
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				X
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				X
39	Soy una persona estable		X		
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				X

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

J.H.H.B. **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOMBRE: J. H. H. B

AQUÍ TIENE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL MODO COMO USTED SE COMPORTA, SIENTE Y ACTUA DESPUES DE CADA PREGUNTA COLOQUE UN 1 DEBAJO DE "SI" O "NO", SEGÚN SEA SU RESPUESTA

Trate de decidir lo más rápidamente. No hay contestaciones correctas ni incorrectas.

N°	Si No		Si No
	1	1	
1		1	1
2	1		1
3	1		1
4	1		1
5	1		1
6	1		1
7	1		1
8	1		1
9	1		1
10	1		1
11	1		1
12	1		1
13	1		1
14	1		1
15	1		1
16	1		1
17	1		1
18	1		1
19	1		1
20	1		1
21	1		1
22	1		1
23	1		1
24	1		1
25	1		1
26	1		1
27	1		1
28	1		1
29	1		1
30		1	1
31		1	1
32		1	1
33		1	1
34		1	1
35		1	1
36		1	1
37		1	1
38		1	1
39		1	1
40		1	1
41		1	1
42		1	1
43		1	1
44		1	1
45		1	1
46		1	1
47		1	1
48		1	1
49		1	1
50		1	1
51		1	1
52		1	1
53		1	1
54		1	1
55		1	1
56		1	1
57		1	1

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.....3.....0 1 2 3
2. Solamente me pasan cosas malas.....1.....0 1 2 3
3. Todo lo que hago me sale mal.....1.....0 1 2 3
4. Sé que piensan mal de mí.....2.....0 1 2 3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?.....2.....0 1 2 3
6. Soy inferior a la gente en casi todo.....0.....0 1 2 3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.....3.....0 1 2 3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!.....3.....0 1 2 3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.....0.....0 1 2 3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean.....2.....0 1 2 3
11. Soy un desastre como persona.....0.....0 1 2 3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.....0.....0 1 2 3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas.....3.....0 1 2 3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden.....3.....0 1 2 3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.....2.....0 1 2 3
16. Es horrible que me pase esto.....2.....0 1 2 3
17. Mi vida es un continuo fracaso.....0.....0 1 2 3
18. Siempre tendré este problema.....0.....0 1 2 3
19. Sé que me están mintiendo y engañando.....2.....0 1 2 3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?.....0.....0 1 2 3
21. Soy superior a la gente en casi todo.....2.....0 1 2 3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.....0.....0 1 2 3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.....1.....0 1 2 3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.....0.....0 1 2 3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.....3.....0 1 2 3

26. Alguien que conozco es un imbecil.....	3.....	0 1 2 3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa.....	3.....	0 1 2 3
28. No debería de cometer estos errores.....	2.....	0 1 2 3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto.....	2.....	0 1 2 3
30. Ya vendrán mejores tiempos.....	3.....	0 1 2 3
31. Es insoponible, no puedo aguantar más.....	2.....	0 1 2 3
32. Soy incompetente e inútil.....	0.....	0 1 2 3
33. Nunca podré salir de esta situación.....	0.....	0 1 2 3
34. Quieren hacerme daño.....	2.....	0 1 2 3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?.....	3.....	0 1 2 3
36. La gente hace las cosas mejor que yo.....	1.....	0 1 2 3
37. Soy una víctima de mis circunstancias.....	2.....	0 1 2 3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.....	2.....	0 1 2 3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.....	3.....	0 1 2 3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.....	3.....	0 1 2 3
41. Soy un neurótico.....	0.....	0 1 2 3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco.....	0.....	0 1 2 3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros.....	2.....	0 1 2 3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.....	3.....	0 1 2 3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor.....	3.....	0 1 2 3

Claves de corrección:

TIPO DE DISTORSION-----PREGUNTAS-----PUNTUACION TOTAL

FILTRAJE (1-16-31):

FALACIA DE JUSTICIA (8-23-38):

PENSAMIENTO POLARIZADO (2-17-32):

RAZONAMIENTO EMOCIONAL (9-24-39):

SOBREGENERALIZACION (3-18-33):

FALACIA DE CAMBIO (10-25-40):

INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO (4-19-34):

ETIQUETAS GLOBALES (11-26-41):

CULPABILIDAD (12-27-42):

VISION CATASTROFICA (5-20-35):

LOS DEBERIA (13-28-43):

PERSONALIZACION (6-21-36):

FALACIA DE RAZON (14-29-44):

FALACIA DE CONTROL (7-22-37):

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA (15-30-45):

LISTA DE CHEQUEO y EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES
(Goldstein et. Al. 1,980)

Nombre J.H.H.B Edad 39 Sexo M

INSTRUCCIONES

A continuación, encontraras una lista de habilidades sociales que las personas como tú pueden poseer en mayor o menor grado, y que hace que sean más o menos capaces.

Deberás calificar tus habilidades marcando cada una de las habilidades que se describen a continuación, de acuerdo a los siguientes puntajes.

- Marca 1 si nunca utilizas bien la habilidad**
Marca 2 si utilizas muy pocas veces la habilidad
Marca 3 si utilizas alguna vez bien la habilidad
Marca 4 si utilizas a menudo bien la habilidad
Marca 5 si utilizas siempre bien la habilidad

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
GRUPO I: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES					
1.- Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te están diciendo				X	
2.- Inicias una conversación con otras personas y luego puedes mantenerla por un momento				X	
3.- Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos				✓	
4.- Eliges la información que necesitas saber y se la pides a la persona adecuada				X	
5.- Dices a los demás que tú estás agradecida(o) con ellos por algo que hicieron por ti				X	
6.- Te esfuerzas por conocer nuevas personas por propia iniciativa			X		
7.- Presentas a nuevas personas con otros(as)			X		
8.- Dices a los demás lo que te gusta de ellos o de lo que hacen			X		
GRUPO II: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS					
9.- Pides ayuda cuando la necesitas				X	
10.- Te integras a un grupo para participar en una determinada actividad			X		
11.- Explicas con claridad a los demás como hacer una tarea específica			X		
12.- Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente			X		
13.- Pides disculpas a los demás cuando has hecho algo que sabes que está mal			X		
14.- Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de las otras personas			X		
GRUPO III: HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS					

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
15.- Intentas comprender y reconocer las emociones que experimentas			X		
16.- Permites que los demás conozcan lo que sientes			X		
17.- Intentas comprender lo que sienten los demás		X			
18.- Intentas comprender el enfado de las otras personas		X			
19.- Permites que los demás sepan que tú te interesas o te preocupas por ellos		X			
20.- Cuando sientes miedo, piensas por qué lo sientes, y luego intentas hacer algo para disminuirlo			X		
21.- Te das a ti mismo (a) una recompensa después de hacer algo bien			X		
GRUPO IV: HABILIDADES ALTERNATIVAS					
22.- Sabes cuándo es necesario pedir permiso para hacer algo y luego se lo pides a la personas indicada				X	
23.- Compartes tus cosas con los demás			X		
24.- Ayudas a quien lo necesita			X		
25.- Si tú y alguien están en desacuerdo sobre algo, tratas de llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos			X		
26.- Controlas tu carácter de modo que no se te escapan las cosas de la mano		X			
27.- Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu punto de vista				X	
28.- Conservas el control cuando los demás te hacen bromas		X			
29.- Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas			X		
30.- Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte			X		
GRUPO V: HABILIDADES PARA HACER FRENTE A ESTRÉS					
31.- Le dices a los demás de modo claro, pero no con enfado, cuando ellos han hecho algo que no te gusta		X			
32.- Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan por ti			X		
33.- Expresas un halago sincero a los demás por la forma en que han jugado			X		
34.- Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido			X		
35.- Determinas si te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en esa situación			X		
36.- Manifiestas a los demás cuando sientes que un amigo (a) no ha sido tratado (a) de manera justa?				X	
37.- Si alguien está tratando de convencerte de algo, piensas en la posición de esa persona y luego en la propia antes de decidir qué hacer				X	
38.- Intentas comprender la razón por la cual has fracasado en una situación particular				X	
39.- Reconoces y resuelves la confusión que te produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen y hacen otra			X		

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
40.- Comprendes de qué y por qué has sido acusada(o) y luego piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que hizo la acusación?			X		
41.- Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista, antes de una conversación problemática		X			
42.- Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta				X	
GRUPO VI: HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN					
43.- Si te sientes aburrida, intentas encontrar algo interesante que hacer				X	
44.- Si surge un problema, intentas determinar que lo causó			X		
45.- Tomas decisiones realistas sobre lo que te gustaría realizar antes de comenzar una tarea			X		
46.- Determinas de manera realista qué tan bien podrías realizar antes de comenzar una tarea			X		
47.- Determinas lo que necesitas saber y cómo conseguir la información			X		
48.- Determinas de forma realista cuál de tus numerosos problemas es el más importante y cuál debería solucionarse primero			X		
49.- Analizas entre varias posibilidades y luego eliges la que te hará sentirte mejor				X	
50.- Eres capaz de ignorar distracciones y solo prestas atención a lo que quieres hacer.				X	

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

B. Sandén y P. Chorot (1997)

Nombre J. H. H. B. Edad 39 Sexo: Hombre
Mujer

La crisis de angustia no es un estado general de ansiedad o nerviosismo que todos experimentamos en ciertos momentos o situaciones, como por ejemplo las preocupaciones por el trabajo o los estudios, o la ansiedad normal ante un examen, etc. Una crisis de angustia es una experiencia de **molestia o miedo** que surge *de forma repentina* junto a sensaciones especiales como **difficultad para respirar, taquicardia, opresión en el pecho, palpitaciones, temblores, sudoración, mareos**, y otras reacciones semejantes.

Las crisis de angustia suelen ser más frecuentes en unas personas que en otras, y también en unas personas se manifiestan de forma más intensa que en otras. Así por ejemplo, mientras que en unos casos la crisis de angustia puede estar acompañada de muchos síntomas como los indicados, e incluso de intenso miedo o terror, en otros casos las personas sólo experimentan la sensación repentina de **molestia** y únicamente **uno o dos síntomas** como los indicados.

1. ¿Cuántas crisis de angustia recuerda haber tenido en su vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 o más

En el caso de que no haya tenido nunca ninguna crisis de angustia, pase a la pregunta nº 30 y continúe

2. Por favor, indique con qué intensidad suele experimentar cada uno de los siguientes síntomas durante sus crisis de angustia (marque el 0 si no ha experimentado el síntoma):

	Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchísima
1. Miedo	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
2. Molestia o malestar	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
3. Latidos fuertes o rápidos del corazón	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
4. Sudores	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
5. Temblores o sacudidas de brazos o piernas	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
6. Sensaciones de falta de aire, ahogo o asfixia	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
7. Sensación de atragantarse	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2	3	4
8. Dolor o molestias en el pecho	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
9. Sensación de vómitos o malestar en estómago ...	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4
10. Vértigos, mareos o sensación de inestabilidad..	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
11. Sensación de irrealidad o de estar en un sueño ..	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4
12. Miedo a perder el control	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
13. Miedo a volverse loco/a	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
14. Miedo a morir	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
15. Hormigueo o adormecimiento en cara, manos o pies	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
16. Escalofríos o sofocaciones (reacciones de frío o calor)	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2	3	4
17. Sensaciones de desmayo	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2	3	4

3. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera crisis de angustia? 38 Años 4 Meses
4. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido durante el último año?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ~~10~~ más
5. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido durante el último mes?
 0 1 2 3 4 5 6 7 ~~8~~ 9 10 ó más
6. ¿Cuánto tiempo hace que tuvo su última crisis de angustia? ___ Años ___ Meses 6 Días
7. ¿Cuántas crisis de angustia ha tenido de forma inesperada, sin sospecharlo?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna
8. ¿Cuántas crisis le han ocurrido sólo en algunos sitios o ante situaciones que le dan miedo?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna
9. ¿Qué gravedad cree que tienen sus crisis de angustia?
 Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna
10. Cuando tiene las primeras señales de que va a comenzar una posible crisis de angustia (p.ej., alguna sensación, algún pensamiento, un lugar donde se encuentre, etc.), ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para evitar tener la crisis? (rodee el nº que corresponda):
 Nada Poco Bastante Mucho Totalmente
11. Cuando ya está experimentando los síntomas de la crisis, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis y lograr que finalice? (rodee el nº que corresponda):
 Nada Poco Bastante Mucho Totalmente
12. ¿Cómo ha tratado de controlar o cómo ha reaccionado a sus crisis? ¿Indique qué ha hecho habitualmente?
 1º Evitar discusiones para evitar ataques 2º Evitar comer, hacer ejercicios
 3º Buscar ayuda a la persona del lado 5º _____
 4º Evitar estar sola 6º _____
13. ¿Hay alguna cosa que le de miedo o le moleste justo antes de que empiecen las crisis (por ejemplo, algo que haya donde usted se encuentre, algo que ocurra en su cuerpo, algo que piense, etc.)? Sí No
 Si ha marcado el Sí, por favor indique qué son esas cosas (escriba primero las más importantes):
 1º Encuentarme molesto por una 4º _____
 2º discusión con mi esposa 5º _____
 3º Pasar en vuelos comerciales 6º _____

14. ¿Qué ocurrió cuando tuvo la primera crisis de angustia?

- a. ¿Dónde estaba y qué hacía? En casa concurdo con mi esposa y mi hijo
 b. ¿A qué tenía miedo o qué le preocupaba? a nada en especial
 c. ¿Cómo empezó? empezó a fallarme el cine, sudores, náuseas, aceleración del corazón
 d. ¿Cómo reaccionó, qué hizo? me acostaron en el mueble y me llamaron al médico, quien me dijo que no tenía nada

15. ¿Alguna vez ha tenido crisis de angustia en otros lugares o situaciones? Sí No

Si ha marcado el Sí, por favor indique en qué situaciones (primero los sitios donde más veces le haya ocurrido):

- 1º centro de trabajo 4º _____
 2º paradero de autobuses 5º _____
 3º festa familiar 6º _____

16. Cuando tiene una crisis en alguno de los lugares que ha indicado, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis sin tener que escapar de esa situación?

- Nada Poco Bastante Mucho Totalmente

17. Cuando tiene una crisis de angustia, ¿cuánto tiempo suele pasar desde que empieza a notar los primeros síntomas hasta que la crisis alcanza la máxima fuerza?

- Sólo unos pocos minutos (entre 0 y 10 minutos).
 b. Entre 10 minutos y media hora.
 c. De media hora a una hora.
 d. Varias horas.

18. Durante el tiempo que experimenta las crisis de angustia, ¿qué suele pensar o creer que ocurrirá? (rodée el número que corresponda):

	nunca	pocas veces	varias veces	casi siempre	siempre
1. Que tendrá un ataque al corazón	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
2. Que se desmayará	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
3. Que la gente se fijará en usted	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2	3	4
4. Que su mente no funciona bien	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
5. Que no podrá respirar y se asfixiará	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
6. Que podrá dañarse	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2	3	4
7. Que será una situación embarazosa	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
8. Que no podrá pensar o razonar	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
9. Que le ocurrirá algo malo en la cabeza	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
10. Que está gravemente enfermo/a	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2	3	4
11. Que llamará la atención o hará el ridículo	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4
12. Que se bloqueará mentalmente	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
13. Que necesitará ayuda	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
14. Que no podrá controlarse	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
15. Indique otros pensamientos que haya tenido: <u>no poder salir</u>	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4
	0	1	2	3	4

19. Cuando tiene estos pensamientos que ha señalado, ¿hasta qué punto confía en su propia capacidad para controlar la crisis de angustia? (rodee el nº que corresponda):
- Nada Poco Bastante Mucho Totalmente
20. ¿Cuántas de sus crisis de angustia han empezado repentinamente y en poco tiempo (primeros 10 minutos) ya experimenta las sensaciones más fuertes?
- Todas Muchas Algunas Pocas Ninguna
21. ¿Cuánto tiempo duran aproximadamente sus crisis de angustia (desde que empiezan los síntomas hasta que desaparecen)?
- a. Sólo unos minutos (entre 0 y 10 minutos).
 Entre 10 minutos y media hora.
 c. De media hora a una hora.
 d. Varias horas.
-
22. ¿Se siente preocupado/a porque pueda volver a tener nuevas crisis? Sí No
- 1) Por favor, indique cuánto teme o le preocupa volver a tener nuevas crisis:
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
- 2) ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta preocupación o temor? 1 Años ___ Meses ___ Días
23. ¿Se siente preocupado/a por cosas que pudieran ocurrirle debido a las crisis (como, por ejemplo, tener un infarto, no poder controlarse, volverse loco/a, etc.)? Sí No
- 1) Por favor, indique cuánto teme o le preocupa que pueda ocurrirle algo a causa de las crisis:
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
- 2) ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta preocupación o temor? 1 Años ___ Meses ___ Días
24. ¿Se han producido cambios importantes en su vida a consecuencia de las crisis (por ejemplo, dejar de hacer cosas que antes hacía, no poder ir a algunos lugares, etc.)? Sí No
- 1) ¿Por favor, indique hasta qué punto las crisis de angustia han alterado su vida?
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
- 2) ¿Cuánto tiempo hace que le ocurre esto? 1 Años ___ Meses ___ Días
-
25. ¿En general, cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *actividades laborales*? (p.ej., faltando al trabajo, no atendiendo algunas responsabilidades laborales, rindiendo menos en el trabajo, etc.):
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo
26. ¿Cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *relaciones sociales*? (p.ej., no salir con amigos, no asistir a reuniones o fiestas, dejar de ver a algunas personas, etc.):
- Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

27. ¿Cuánto han afectado negativamente las crisis de angustia a sus *relaciones familiares*? (p.ej., no pudiendo atender algunas responsabilidades familiares, creando nuevos problemas en la familia, etc.):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

28. Por favor, señale hasta qué punto suele evitar las siguientes actividades por temor a experimentar síntomas de angustia. Conteste a cada actividad rodeando el n° que corresponda entre el 0 y el 4:

	0	1	2	3	4
No lo evito nunca	Sólo lo evito algunas veces	Lo evito bastantes veces	Lo evito casi siempre	Lo evito siempre	
1. Hacer deporte.....	0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>
2. Subir escaleras	0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4
3. Tomar café	0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>
4. Tomar una sauna	0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>
5. Ver ciertas películas	0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4
6. Bailar	0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4
7. Hacer gimnasia	0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>
8. Discutir	0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4
9. Ducharse con las puertas y ventanas cerradas ...	0	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
10. Tener relaciones sexuales	0	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
11. Salir de excursión	0	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
12. Asistir a eventos deportivos (fútbol, etc.)	0	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
13. Ponerse de pie bruscamente	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
14. Sitios calientes y poco ventilados (coche, habitación)	0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4
15. Pasear cuando hace mucho frío o calor	0	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
16. Tomar bebidas estimulantes (coca-cola, chocolate, etc.)	0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4
17. Tomar comidas fuertes o pesadas	0	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
18. Indique otras actividades que usted haya evitado:					
_____	0	1	2	3	4
_____	0	1	2	3	4

29. Señale hasta qué punto ha interferido en su vida el evitar o dejar de hacer estas cosas cotidianas, alterando sus relaciones familiares, su trabajo, sus relaciones sociales, o su bienestar personal:

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

30. Algunas personas sienten ansiedad o miedo a algunos lugares concretos, por temor a tener allí alguna crisis de angustia o por miedo a encontrarse mal o experimentar allí síntomas semejantes a los de la angustia (por ejemplo, desmayarse, diarrea, vómitos, dolor de cabeza, etc.). ¿Le ocurre esto a usted? Sí No

Por favor, conteste de la siguiente forma en relación con las situaciones o lugares que se indican a continuación:

- 1) Primero indique cuánto miedo o ansiedad siente en cada situación cuando no está acompañado.
- 2) A continuación indique cuánto suele evitar cada una de las situaciones.

Conteste escribiendo siempre un nº entre el 0 y el 4, según la siguiente valoración:

0 = Nada 1 = Poco 2 = Bastante 3 = Mucho 4 = Muchísimo

	Miedo o ansiedad que siente	Cuánto suele evitarlo
1. Los hospitales	1	1
2. Los centros comerciales.....	0	0
3. Las tiendas o los comercios pequeños	0	0
4. Los cines o los teatros.....	0	0
5. Los restaurantes o las cafeterías	0	0
6. Los museos.....	0	0
7. Los garajes	0	0
8. Los estadios de fútbol o recintos similares.....	1	1
9. Los auditorios (de música, de conferencias, etc.)	0	0
10. Las iglesias	0	0
11. Viajar en metro.....	0	0
12. Pasar por un puente.....	0	0
13. Los ascensores	0	0
14. Viajar en avión	1	1
15. Tomar el autobús	0	0
16. Viajar en tren o en autocar	0	0
17. Conducir o viajar en coche.....	0	0
18. Estar solo/a en casa.....	2	2
19. Los lugares altos (rascacielos, torres, etc.).....	1	1
20. Los sitios cerrados (túneles, etc.).....	0	0
21. Las calles o las plazas	0	0
22. Estar lejos de casa	1	1
23. Hacer cola (p.ej., en un centro comercial).....	1	1
24. Estar entre mucha gente (fiestas, reuniones, etc.)	1	1
25. Indique otros sitios en los que se haya sentido mal:		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

31. ¿Cuánto tiempo hace que teme o evita estos sitios? 1 Años Meses Días

32. Por el hecho de evitar o sentirse mal en estos sitios:

1) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *actividades laborales*? (p.ej., faltando al trabajo, no pudiendo atender algunas responsabilidades laborales, rindiendo menos en el trabajo, etc.):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

2) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *relaciones sociales*? (p.ej., viéndose menos con los amigos):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

3) ¿Cuánto ha afectado negativamente a sus *relaciones familiares*? (p.ej., apareciendo nuevos problemas en casa o con la pareja, no pudiendo ir a ciertos sitios con la familia, etc.):

Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

33. ¿Están sus padres separados o divorciados?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

34. ¿Es Ud. soltero/a, casado/a o divorciado/a?

Soltero

Casado ¿Cuánto tiempo hace? 4 Años __ Meses

Divorciado/separado ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

35. ¿Alguno de sus familiares próximos ha muerto recientemente?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? 1 Años __ Meses

36. ¿Ha cambiado últimamente de trabajo?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

37. ¿Recientemente ha estado gravemente enfermo/a?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

¿Qué enfermedad tuvo? _____

38. ¿Ha estado gravemente enfermo algún familiar?

No

Sí ¿Cuánto tiempo hace? __ Años __ Meses

¿Qué enfermedad tuvo? _____

39. Por favor indique cualquier otro suceso estresante importante que haya vivido (p.ej., pérdida del trabajo, accidente, robo, separación, violencia familiar, maltrato durante la infancia, etc.):

Suceso	Ocurrió hace (indique años y/o meses)	
fuerte decaimiento con mi esposa	0 Años	4 Meses
visita a 2ª gran casa de mi esposa	4 Años	0 Meses
muerte de mi hijo antes de nacer	4 Años	— Meses
maltrato durante la infancia	34 Años	— Meses
violencia familiar	35 Años	— Meses

40. ¿Alguno de sus familiares ha sufrido crisis de angustia? (si no tiene padre, madre, etc., marque en "no aplicable").

	Sí	No	No aplicable
Madre	—	X	—
Padre	—	X	—
Hermano(s)	—	X	—
Hermana(s)	—	X	—

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a la paciente en fase de evaluación una clara explicación de la naturaleza de este trabajo de investigación, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por el alumno GONZALES MORENO MIGUEL ANGEL de la UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL. La meta de este estudio es conocer su forma de pensar, sentir, actuar y cómo el tratamiento que se llevará a cabo logra la mejoría de la paciente.

Si usted accede a participar en este estudio de caso único, se le pedirá responder test psicológicos, registros y preguntas estructuradas y semi estructuras que se llevaran a cabo durante este proceso. Esto tomará 5 sesiones de evaluación y 23 sesiones de tratamiento que duran 45 a 60 minutos una vez a la semana.

La participación en este estudio de caso único es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la misma en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la evaluación o tratamiento le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puedo contactar al correo: mgonzalesm.16@gmail.com.

Desde ya le agradezco por su participación.



Miguel Angel González Moreno
ESTUDIANTE
C.P.S.P. N° 19413

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por GONZALES MORENO MIGUEL ANGEL

He sido informado de que la meta de este estudio es conocer mi forma de pensar, sentir, actuar y cómo el tratamiento que se lleva a cabo logra mi mejoría

Me han indicado también que tendré que responder test psicológicos, registros y preguntas estructuradas y semi estructuras que se llevaran a cabo durante este proceso. Esto tomará 5 sesiones de evaluación y 23 sesiones de tratamiento que duran 45 a 60 minutos una vez a la semana.

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido.

J.H.H.B.

Autorregistro de pánico

Día	Hora de comienzo-fin del ataque	Situación (solo/acompañado)	Ansiedad máxima (0-10)	Sensaciones fisiológicas	Interpretación negativa y grado creencia (0-10)	Conducta ¿Qué haces?	Ansiedad resto del día (0-10)
26/04/19	5:30 - 9:30 pm	Me encuentro solo viendo la TV en la sala de mi casa en el segundo piso	8	<ul style="list-style-type: none"> - dificultad para respirar - entumecimiento - dolor en el pecho - inquietud - mareos - palpitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> "me voy a ahogar" "me voy a morir" 	<ul style="list-style-type: none"> Grito y pido ayuda a mi suegra que está en el primer piso 	5
Activar Wink Ver Configuración							